

# „Kaulquappe“ – Zahnarztpraxis für Kinder

DOCTORES KAUL  
Schleidener Str. 120  
52076 Aachen  
Tel. 02408 80204  
Mail: rezeption@kaul-quappe.de  
www.kaul-quappe.de



## Vollmacht für den Zahnarztbesuch

**Vollmachtgeber:** \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
(Erziehungs- und sorgeberechtigte Person)

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigte Person:** \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich für die oben genannte bevollmächtigte Person die Berechtigung, mein

Kind \_\_\_\_\_ (Name, Vorname), \_\_\_\_\_ (Geb.-Datum)  
zum Kinderzahnarzt zu begleiten und folgende Entscheidungen zu treffen:

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen, z.B. auch Anfertigung von Röntgenaufnahmen
- Entscheidungen die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Therapie und Behandlung stehen, z. B. Injektionen, Art der Therapie, Mehrkostenvereinbarungen
- sonstige Befugnisse \_\_\_\_\_

Die Vollmacht ist bis auf weiteres/bis zum \_\_\_\_\_ gültig.

Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch einen **amtlichen Ausweis identifizieren** kann.

### Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich (Vollmachtgeber s.o.) die Zahnarztpraxis DOCTORES KAUL gegenüber der oben genannten bevollmächtigten Person, von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass ihr alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung meines Kindes stehen.

Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)\* /gesetzlicher Vertreter

**\*) Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert es, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben.**