

„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: _____
(Begleitperson während Zahnarztbesuch)

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.**