



## Vollmacht Begleitperson für den Besuch beim Kieferorthopäden

**Kind/ Patient** (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(Adresse)

**Vollmachtgeber** - sorgeberechtigte Mutter/ andere berechtigte Person

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon)

**Vollmachtgeber** - sorgeberechtigter Vater/ andere sorgeberechtigte Person

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon)

Ich/ wir bevollmächtigte/n

Herrn/Frau

(Name des **Bevollmächtigten**, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon)

o.g. Kind zu allen nötigen Terminen in die Fachzahnärztelepraxis Dr. Heiko Goldbecher zu begleiten.  
Darüber hinaus berechtigt die Vollmacht dazu (evtl. streichen):

- notwendigen Entscheidungen im Rahmen der kieferorthopädischen Untersuchung und Behandlung zu treffen (insbesondere Röntgenunters., Eingliedern kieferorthopädischer Geräte),
- Rezepte und Überweisungen abzuholen und
- notwendige finanzielle Entscheidungen zu treffen.

Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch **amtlichen Ausweis** identifizieren kann. Der Widerruf bedarf der Schriftform.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ( beider) Vollmachtgeber/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r

Wichtige Informationen für den Arzt/die Ärztin (Allergien, Operationen, Medikamente u.a.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_