



Vollmacht Sorgeberechtigter

für den Besuch beim Kieferorthopäden

Kind/ Patient (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

(Adresse)

Vollmachtgeber - erstes sorgeberechtigtes Elternteil / andere Person

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon)

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zu einer kieferorthopädischen Behandlung des oben genannten Kindes/ Patienten und bevollmächtige

Herrn/Frau

(Name des **Bevollmächtigten**/ zweites sorgeberechtigtes Elternteil / andere Person, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon)

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

- notwendigen Entscheidungen im Rahmen der kieferorthopädischen Untersuchung und Behandlung zu treffen,
- Anamnesebögen und andere Formulare für das Kind auszufüllen
- zu entscheiden, ob/ wann das Kind die Praxis allein aufsuchen darf,
- Rezepte, Überweisungen und Dokumente abzuholen,
- notwendige finanzielle Entscheidungen zu treffen und
- in operative Eingriffe im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung einzuwilligen.

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 Vollmachtgeber/in

Unterschrift Bevollmächtigter/r

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

