Vollmacht

Hiermit gestatte ich

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten | Geburtsdatum

Anschrift | Telefon für evtl.Rückfragen

der

Zahnarztpraxis Dr. Schmitt²
Kaiserstrasse 19
53721 Siegburg
Tel.:02241/61769

die notwendigen Behandlungen bei meinem Kind: _____
durchzuführen Name, Vorname des Kindes

	gestattet	nicht gestattet
Röntgenaufnahmen	O	O
Lokalanästhesien	O	O
Füllungstherapie	O	O
Laserbehandlungen	O	O
Wurzelkanalbehandlungen	O	O
Extraktionen	O	O

Alle notwendigen Behandlungen sollen durchgeführt werden, evtl. entstehende Kosten werde ich übernehmen O

Zur Aufklärung über die Risiken verschiedener Therapien werde ich mich, falls ich dies wünsche selbst mit dem Behandler in Verbindung setzen.

Sollte eine Begleitperson mit Ihrem Kind kommen z.B. Opa oder Oma können Sie diesen gestatten, die Entscheidungen zur Behandlung zu treffen. Auch hierbei müssen Sie sich jedoch persönlich bei gewünschter Aufklärung mit uns in Verbindung setzen.

Falls zutreffend:
Entscheidungen darf in meinem Namen folgende Begleitperson für mein Kind treffen:

_____
Name,Vorname der Begleitperson

…….. ……
Ort / Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r