



Vollmacht für die Behandlung in unserer Praxis

Vollmachtgeber: _____
(Name und Adresse)

Bevollmächtigter: _____
(Name und Adresse)

Für das Kind _____
(Name und Geburtsdatum)

erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind zur zahnärztlichen Behandlung in der Praxis Kant & Co begleiten:

- ☐ am _____
☐ ohne zeitliche Befristung (evtl. streichen)

Die Vollmacht berechtigt dazu (evtl. streichen):

- ✓ Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- ✓ Lokale Betäubung bei Notwendigkeit zuzustimmen
- ✓ Änderungen des mit mir besprochenen Therapieplans zuzustimmen
- ✓ Eventuelle Rezepte oder Überweisungen abzuholen
- ✓ Bei Schmerzen / Zahntrauma notwendige Behandlungsmaßnahmen zuzustimmen

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

Datum und Ort Unterschrift Vollmachtgeber

(Bitte beachten: Bei Besprechung der Therapieplanung muss ein Elternteil / Sorgeberechtigte:r anwesend sein)