

# Vollmacht für Arztbesuche

## für den behandelnden Arzt

### Bevollmächtigte Begleitperson

Herr/Frau:

Vorname	Nachname
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	

### erhält hiermit von den Sorgeberechtigten

Herr/Frau:

Vorname	Nachname
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	

### die Vollmacht das Kind

Name des Kindes:

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	

**zu den zahnärztlichen Behandlungen zu begleiten und gegebenenfalls nach vorheriger Aufklärung Entscheidungen zu treffen, z. B. welches Füllungsmittel gewünscht wird oder die Einwilligung zu noch erforderlichen Röntgenbildern zu geben. Durch diese Vollmacht entbinde ich die Praxis gegenüber der oben genannten Begleitperson von der ärztlichen Schweigepflicht.**

Ort	Datum	Unterschrift des Sorgeberechtigten
-----	-------	------------------------------------