



MVZ für KINDERZAHNHEILKUNDE
Dres. Lena Piehlmeier & Niran Hajek-Al-Khatar

August - Exter - Straße 4 81245 München
Telefon 089 - 3090495-0 089 - 3090495-14
info@kinder-zahnarzt.de www.kinder-zahnarzt.de

Vollmacht

Patient			
	Name	Vorname	Geburtsdatum

Erziehungs- berechtigte/r			
	Name	Vorname	Geburtsdatum

Hiermit bevollmächtige ich Frau /Herrn: _____

mein oben genanntes Kind zur Behandlung am: _____

zu begleiten und alle damit verbundenen notwendigen Entscheidungen zu treffen.

Ich willige hiermit ich in die Behandlung ein und bin damit einverstanden, dass die Behandlung auch ohne meine persönliche Anwesenheit durchgeführt wird.

Wichtige Informationen und Mitteilungen für die behandelnde Zahnärztin (z. B. Allergien, Operationen, Medikamente u.a.):

München, den _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten