



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

August - Exter - Straße 4 81245 München  
Fon 089 - 3090495-0 Fax 089 - 3090495-66  
info@kinder-zahnarzt.de www.kinder-zahnarzt.de

## Vollmacht

<b>Patient</b>			
	Name	Vorname	Geburtsdatum

<b>Erziehungs- berechtigte/r</b>			
	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 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