



## Patient:

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Erziehungsberechtigte/r:

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herr: \_\_\_\_\_

mein oben genanntes Kind zur Behandlung am: \_\_\_\_\_

zu begleiten und alle damit verbundenen notwendigen Entscheidungen zu treffen.

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Achtung: Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, dass er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt.

