



## Vollmacht für Arztbesuche

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_  
Name der Mutter

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

sorgeberechtigt  ja /  nein

\_\_\_\_\_  
Name des Vaters

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

sorgeberechtigt  ja /  nein

---

**als Sorgeberechtigte/r/en des Kindes/der Kinder**

\_\_\_\_\_  
Name(n)

\_\_\_\_\_  
Name(n)

für den heutigen Tag

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

für heutige und zukünftige  
Zahnarztbesuche

---

**nachfolgend genannte Vertrauensperson,**

\_\_\_\_\_  
(Name der Begleitperson)

\_\_\_\_\_  
Wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

---

**zu der heutigen/ zu den zukünftigen zahnärztlichen Behandlungen zu begleiten und Entscheidungen zu treffen im Bezug auf:**

die Zahnbehandlung allgemein

evtl. benötigte Röntgenaufnahmen

evtl. anfallende Mehrkosten (für z.B. eine gewünschte Zahnreinigung oder Kunststofffüllung/en)

Die von mir bevollmächtigte Vertrauensperson ist bis auf Widerruf unterschriftsberechtigt.

Nach der Behandlung wünsche ich einen Rückruf der behandelnden Zahnärztin.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des/der Sorgeberechtigten**