



KINDERZAHNÄRZTE
DR. GHAUSSY & PARTNER

Vollmacht

Liebes Praxisteam,

hiermit erteile ich Herr/Frau _____ die Vollmacht,
alle relevanten Entscheidungen bezüglich der zahnärztlichen Behandlung zu treffen.
Dies betrifft insbesondere Schmerzbehandlung sowie Röntgenbilder.

Name Elternteil: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Arbeitstelefon: _____

Liebe Eltern bitte füllen Sie diese Vollmacht vollständig aus, damit wir alle notwendigen Untersuchungen zum Wohle Ihres Kindes schnellstmöglich durchführen können.

! Bitte denken Sie daran, dass beide Elternteile unterschreiben müssen!

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift beider Elternteile