

Kinderzahnarztpraxis Dr. Irene Aßmann
Sanderglaxisstraße 9a
97072 Würzburg
Tel: 0931 99161588
info@zahnfee-wuerzburg.de



Vollmacht

Patienten Name: _____

Patienten Vorname: _____

Patienten Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte/r Name: _____

Erziehungsberechtigte/r Vorname: _____

Erziehungsberechtigte/r 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 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 (zb. Allergien, Medikamente, Operationen ect.)

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigten