

VOLLMACHT

Hiermit gebe ich, _____ mein Einverständnis, dass
Name des Elternteils (Mutter | Vater)

bei meinem Kind, _____ folgende Behandlungen
Name des Kindes

durchgeführt werden dürfen:

- Anfertigung Röntgenbilder | Digitales Röntgen
- Füllung mit | ohne Mehrkosten
- Kontrolluntersuchung und Prophylaxebehandlung
- Entfernung des Zahnes
- Versiegelung an bleibenden Backenzähnen

Zur Begleitung meines Kindes erkläre ich Folgendes:

- Kind kommt ohne Begleitperson
- Die Begleitperson meines Kindes wird sein (Personalausweispflicht): _____
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass vertrauliche Informationen meines Kindes an diese Begleitperson
ausgegeben werden dürfen.

Datum | Ort

Unterschrift des Elternteils (Mutter | Vater)

KINDERZAHNÄRZTE AM OSTPARK MVZ GMBH

Albert-Schweitzer-Str. 66
81735 München

Amtsgericht München | HRB 236856
Geschäftsführer
Dr. Agnes Nehls & Toni Heidrich

T 089 6780416 0
F 089 6780416 29
info@muenchen-kinderzahnarzt.de
www.muenchen-kinderzahnarzt.de