

## 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