



Vollmacht

(nur zusammen mit Kopie des Personalausweises gültig)

Patient (Kind):

Nachname

Vorname

Geb.-Datum

Adresse

Erziehungsberechtigte/r:

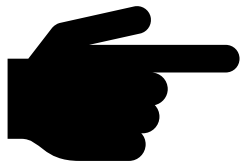
Nachname

Vorname

Geb.-Datum

Adresse

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn



(Nachname, Vorname, Geb.-Datum)

(Anschrift)

für o. g. Kind, für das wir das gemeinsame Sorgerecht haben, den Termin zur

Zahnbehandlung unter Narkose (Maskennarkose, Analgosedierung oder Vollnarkose)

am: _____

in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle medizinisch notwendigen Maßnahmen / Erklärungen sowie die Einwilligung zur Narkose auch in meinem Namen abzugeben.

Sollten sich für mich Fragen zur Narkose ergeben so habe ich jederzeit die Möglichkeit mich unter der Telefonnummer 09602/615353 zu informieren.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

