Vollmacht

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____

Erziehungsberechtigter:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Tel.: _____

Hiermit erkläre ich (o. g. „Erziehungsberechtigter“) mich einverstanden, dass bei meinem Kind (o. g. „Patient“) folgende Behandlungen durchgeführt werden dürfen.

Zu behandelnde Zähne: _____

Röntgen

Anästhesie

Füllungstherapie

mit Composite (Mehrkosten)

ggf. anfallende Kosten pro Zahn, von ca. _____ €

mit GIZ (Kassenversorgung)

Extraktion

Fissurenversiegelung

Sonstiges: _____

Über die entsprechende Behandlung, den Behandlungsablauf und ggf. anfallende Kosten wurde ich (o. g. „Erziehungsberechtigter“) hinreichend informiert. Ich (o. g. „Erziehungsberechtigter“) willige hiermit in die Behandlung ein und bin damit einverstanden, dass die Behandlung auch ohne meine persönliche Anwesenheit durchgeführt wird.

Leipzig, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter