

Vollmacht für den Zahn-/Arztbesuch

Zur Abgabe in der
Kinderzahnarztpraxis Dr. Angelika Typolt
Deidesheimer Str. 1
67127 Rödersheim-Gronau,

Fax 06231-4075896

Name und Zuname des Kindes: _____ Pat Nummer: _____

Geboren am : _____

Daten des Vollmachtgebers (Sorgeberechtigte/r):

Name: _____ geboren am _____ in

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Daten des Bevollmächtigten (wenn mehrere Personen gewünscht, bitte alle eintragen):

Name: _____ geboren am _____ in

Anschrift

Für den Arztbesuch unseres Kindes _____ am _____
erteilen wir an die vorstehend benannte(n) Person(en) die Vollmacht, alle erforderlichen
Entscheidungen im Bereich der Gesundheitspflege zu treffen.

Unser Kind hat folgende Allergien: _____

Chronische Krankheiten: _____

Muss regelmäßig folgende Medikamenten einnehmen: _____

Uns sind folgende Unverträglichkeiten von Medikamenten bekannt: _____

Ort/Datum

X

Unterschrift Erziehungsberechtigter*/
gesetzlicher Vertreter

***Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert es, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben**