



# Vollmacht



Kinderzahnarztpraxis

Hiermit gebe ich (Name des Elternteils): \_\_\_\_\_

mein Einverständnis für folgende Behandlung

bei meinem Kind: \_\_\_\_\_

- Röntgenbilder anzufertigen (digital)
- Versiegelung an bleibenden Backenzähnen
- Durchführung einer Lokalanästhesie falls nötig
- Kontrolluntersuchung und Prophylaxe
- Füllung mit Mehrkosten
- Aufklärung Narkosebehandlung
- Begleitperson darf für mich entscheiden

Name Begleitperson: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift eines Elternteils