DENTINAUTEN

Behandlungsvollmacht für minderjährige Patienten

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name der/des Sorgeberechtigten (Eltern/Erziehungsberechtigte):

_____

Adresse: _____

Telefon: _____

Die medizinische Anamnese kann im Vorfeld von den Sorgeberechtigten ausgefüllt werden. Die Unterlagen finden Sie auf der Homepage.

1. Bestimmung der bevollmächtigten Begleitperson

Ich/Wir bevollmächtige(n) folgende Person, mein/unser Kind in der Kinderzahnarztpraxis *Dentinauten* zu begleiten und für mich/uns im Rahmen dieser Vollmacht zu handeln:

Name der Begleitperson: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehung zum Kind: _____

2. Umfang der Vollmacht

Zutreffendes bitte ankreuzen

Beantwortung von Gesundheitsfragen (Anamnesebogen)

Zustimmung zu zahnärztlichen Untersuchungen

Zustimmung zu zahnärztlichen Behandlungen

Einverständnis zu Lokalanästhesie

Einverständnis zur Sedierung mit Lachgas

Einverständnis zu Röntgenaufnahmen

Zahnärztliche Behandlung in dringenden Notfällen

3. Kostenpflichtige Wunschleistungen

Ja, auch für Leistungen mit Mehrkosten (z. B. Kunststofffüllungen, Lachgas)

Nein, nur Leistungen, die von der Krankenkasse übernommen werden

Nur folgende Leistungen: _____

4. Gültigkeit

einmalig für den Termin am: _____

bis auf Widerruf / längstens bis zum: _____

5. Unterschrift der Sorgeberechtigten

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit der Angaben und die Erteilung dieser Vollmacht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift 1 (Sorgeberechtigter): _____

Unterschrift 2 (Sorgeberechtigter, falls zutreffend):_____

Hinweis

Bitte bringen Sie diese Vollmacht im Original zum Termin mit.
Ohne gültige Vollmacht kann eine Behandlung nur nach Rücksprache mit den Sorgeberechtigten erfolgen.

ZAHNÄRZTIN FÜR KINDERZAHNMEDIZIN

Carolin Weigl

Traunreuter Straße 1, 93073 Neutraubling | Tel. 09401 539 826 4
info@dentinauten.de | www.dentinauten.de
IBAN: DE76 3006 0601 0041 3297 14 | BIC:DAAEDEDDXXX Deutsche Ärzte- und Apothekerbank