

**VOLLMACHT (Begleitperson)**  
**für die zahnärztliche Therapie in der**  
**Praxis für Kinder- und Jugendzahnheilkunde Dr. Schnelle in**  
**Traunstein**

Elternteil	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		
Geboren am		

Unser Sohn / unsere Tochter:

Name, Vorname		
Straße, Nr.		
Plz, Ort		
geboren am		

**bevollmächtigte Person**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Für diese Zeit erteilen wir die Vollmacht an die vorstehend benannte(n)  
 Person(en)

alle erforderlichen Entscheidungen im Bereich der *Gesundheitssorge* bei  
 Zahnschmerzen zu treffen und eine Behandlung zu veranlassen.

Mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z.B. Röntgenaufnahmen,  
 Lokalanästhesie), die für die Schmerzausschaltung notwendig sind, bin ich/ sind wir  
 einverstanden.

Hausarzt/Hausärztin:

\_\_\_\_\_

Adresse, Telefon:

\_\_\_\_\_

Wichtige Informationen für den Zahnarzt/die Zahnärztin (Allergien, Operationen,  
 Medikamente u.a.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum,

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater