

Vollmacht für den Besuch beim Kieferorthopäden

Vollmachtgeber Mutter:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Vollmachtgeber Vater:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Bevollmächtigter:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Für das Kind _____

Hiermit erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.
Die bevollmächtigte Person darf mein Kind am _____ / ohne
zeitliche Befristung zu allen nötigen Terminen in der Praxis von Dr.
Delphine Büttner begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu (evtl. streichen):

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen und Behandlungen zu treffen
- Rezepte und Überweisungen abzuholen
- Ggf. notwendige finanzielle Entscheidungen zu treffen

Die Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig,
wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis
identifizieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber