



ZAUBERZÄHNE  
HAMBURG

## Einwilligung zur zahnärztlichen Behandlung

Bevollmächtigte Begleitperson

Herr/Frau: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

erkläre, dass ich mit dem mir vorgeschlagenen zahnärztlichen Eingriff

.....

.....

bei meinem Kind:

.....

einverstanden bin und dass ich allen Maßnahmen zustimme, die sich bei der Ausführung dieses Eingriffes als notwendig erweisen. Über die Art und Bedeutung dieses Eingriffes und über seine möglichen Auswirkungen bin ich unterrichtet worden.

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

.....  
Ort und Datum



ZAUBERZÄHNE  
HAMBURG

## Vollmacht für Arztbesuche

Bevollmächtigte Begleitperson

Herr/Frau: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

erhält hiermit von den Sorgeberechtigten

Herr/Frau: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

die Vollmacht das Kind

Name des Kindes: .....

geboren am: .....

zu den zahnärztlichen Behandlungen zu begleiten und ggf. nach vorheriger Aufklärung Entscheidungen zu treffen, z.B. welches Füllungsmaterial gewünscht wird oder die Einwilligung zu noch erforderlichen Röntgenbildern zu geben. Durch diese Vollmacht entbinde ich die Praxis gegenüber der oben genannten Begleitperson von der ärztlichen Schweigepflicht

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

.....  
Ort und Datum