



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