

ZAHNARZTPRAXIS für Kinder und Jugendliche

Dr. Melanie Elger MSc.

Dr. Kimberley Jakusz MSc.

Alte Holstenstraße 12 · 21031 Hamburg

Tel. 040 - 40 11 31 70 · www.kinderzahnarzt-bergedorf.de



Vollmacht für den Arztbesuch

Daten des Vollmachtgebers

Name: _____ geboren am _____ in _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Daten des Bevollmächtigten

Name: _____ geboren am _____ in _____

Anschrift: _____

**Für den Arztbesuch unseres Kindes _____ am _____
erteilen wir an die vorstehend benannte(n) Person(en) die Vollmacht, alle erforderlichen Entscheidungen
im Bereich der Gesundheitspflege zu treffen.**

Unser Kind hat folgende Allergien: _____

Chronische Krankheiten: _____

Muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen: _____

Uns sind folgende Unverträglichkeiten von Medikamenten bekannt: _____

Ort / Datum



Unterschrift Erziehungsberechtigter*/gesetzlicher Vertreter

***Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert es, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben.**