

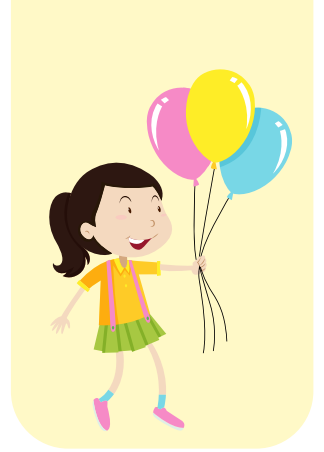
ZAHNARZTPRAXIS für Kinder und Jugendliche

Dr. Melanie Elger MSc

Dr. Kimberley Jakusz MSc

Weidenbaumsweg 74- · 21035 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.**



Informationen zu Begleitpersonen

Patient: _____

Name der Begleitperson: _____ Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geb. am: _____

Verhältnis zum Patienten: **Volljährig: Ja () Nein ()**

Vater () Mutter () Geschwister () Oma/Opa () Bekannter/Nachbar ()

Dolmetscher () gesetzl. Betreuer () **Vollmacht für den Arztbesuch liegt vor: Ja () Nein ()**

Name der Begleitperson: _____ Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geb. am: _____

Verhältnis zum Patienten: **Volljährig: Ja () Nein ()**

Vater () Mutter () Geschwister () Oma/Opa () Bekannter/Nachbar ()

Dolmetscher () gesetzl. Betreuer () **Vollmacht für den Arztbesuch liegt vor: Ja () Nein ()**

Name der Begleitperson: _____ Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geb. am: _____

Verhältnis zum Patienten: **Volljährig: Ja () Nein ()**

Vater () Mutter () Geschwister () Oma/Opa () Bekannter/Nachbar ()

Dolmetscher () gesetzl. Betreuer ()

Vollmacht für den Arztbesuch liegt vor: Ja () Nein ()

Name der Begleitperson: _____ Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geb. am: _____

Verhältnis zum Patienten: **Volljährig: Ja () Nein ()**

Vater () Mutter () Geschwister () Oma/Opa () Bekannter/Nachbar ()

Dolmetscher () gesetzl. Betreuer () **Vollmacht für den Arztbesuch liegt vor: Ja () Nein ()**