

ZAHNARZTPRAXIS für Kinder und Jugendliche

Dr. Kimberley Jakusz

Dr. Alexia Stadtmüller

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 Gesundheitsversorgung zu treffen.

Unser Kind hat folgende Allergien: _____

Chronische Krankheiten: _____

Muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen: _____

Folgende Unträglichkeiten von Medikamenten sind bekannt: _____

Ort / Datum



Unterschrift Erziehungsberechtigter*/gesetzlicher
Vertreter

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