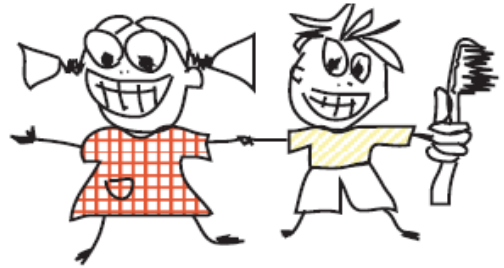


Dr. Isabell von Gymnich
Dr. Sandra Herbrig

Im Gewerbepark C27
93059 Regensburg
Tel.: 0941 4614014

www.kinderzahnfee.de
info@kinderzahnfee.de



Vollmacht

Patient	_____		
	Name	Vorname	Geburtsdatum

Erziehungs- berechtigte/r	_____		
	Name	Vorname	Geburtsdatum

Hiermit bevollmächtige ich Frau/ Herrn: _____

Mein oben genanntes Kind zur Behandlung am: _____

Zu begleiten und alle damit verbundenen notwendigen Entscheidungen zu treffen.

Ich willige hiermit in die Behandlung ein und bin damit einverstanden, dass die Behandlung auch ohne meine persönliche Anwesenheit durchgeführt wird.

Wichtige Informationen und Mitteilungen für die behandelnde Zahnärztin (z.B. Allergien, Operationen, Medikamente u.a.)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten