

Vollmacht



Dr. Sandra Otto

Patient (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Das Kind ist krankenversichert über (Name, Krankenkasse, Versicherungsnummer) _____

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir _____

(Name des/r Erziehungsberechtigten und Vollmachtgebers)

wohnhaft in _____
(Adresse, Telefon)

als Sorgeberechtigten des Kindes

(Name) geb. am

Herrn/Frau _____
(Name des Bevollmächtigten) geb. am

wohnhaft in _____
(Adresse, Telefon)

alle Entscheidungen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung bei Frau Dr. Sandra Otto zu treffen. Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift beider Sorgeberechtigten)

Wichtige Informationen für den Arzt/die Ärztin (Allergien, Operationen, Medikamente u.a.):

