

DENTINAUTEN

BEHANDLUNGSVOLLMACHT FÜR MINDERJÄHRIGE PATIENTEN



Bitte bringen Sie diese Vollmacht im Original zum Termin mit. Ohne gültige Vollmacht kann eine Behandlung nur nach Rücksprache mit den Sorgeberechtigten erfolgen.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name der/des Sorgeberechtigten (Eltern/Erziehungsberechtigte):

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefonnummer / Mobilnummer: _____

1. BESTIMMUNG DER BEVOLLMÄCHTIGTEN BEGLEITPERSON

Ich/Wir bevollmächtige(n) folgende Person, mein/unsere Kind in der Kinderzahnarztpraxis Dentinauten zu begleiten und für mich/uns im Rahmen dieser Vollmacht zu handeln:

Name der Begleitperson: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehung zum Kind: _____

2. ANGABEN IM ANAMNESEBOGEN

Ich bevollmächtige die oben genannte Begleitperson dazu, den Anamnesebogen für die Behandlung / Untersuchung meines/unsere Kindes auszufüllen und bei der Praxis Dentinauten einzureichen. Mir/uns ist bewusst, dass dabei Gesundheitsdaten meines/unsere Kindes verarbeitet werden. Ich/wir willigen ausdrücklich ein, dass die Begleitperson diese Angaben in meinem/unsere Namen machen darf.

trifft zu trifft nicht zu

Die medizinische Anamnese-Unterlagen finden Sie auf der Homepage. Diese können dadurch auch im Vorfeld von den Sorgeberechtigten ausgefüllt werden und zum Termin mitgegeben werden.

3. UMFANG DER VOLLMACHT (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Zustimmung zu zahnärztlichen Untersuchungen | <input type="radio"/> Zustimmung zu zahnärztlichen Behandlungen |
| <input type="radio"/> Einverständnis zu Lokalanästhesie | <input type="radio"/> Einverständnis zur Sedierung mit Lachgas |
| <input type="radio"/> Einverständnis zu Röntgenaufnahmen | <input type="radio"/> Zahnärztliche Behandlung in dringenden Notfällen |

4. KOSTENPFLICHTIGE WUNSCHLEISTUNGEN

- Ja, auch für Leistungen mit Mehrkosten (z. B. Kunststofffüllungen, Lachgas)
- Nein, nur Leistungen, die von der Krankenkasse übernommen werden
- Nur folgende Leistungen: _____

5. GÜLTIGKEIT

- einmalig für den Termin am: _____
- bis auf Widerruf / längstens bis zum: _____

6. UNTERSCHRIFT DER SORGEBERECHTIGTEN

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit der Angaben und die Erteilung dieser Vollmacht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift 1 (Sorgeberechtigter): _____

Unterschrift 2 (Sorgeberechtigter, falls zutreffend): _____

Einwilligung Datenschutz / Abrechnung (durch bevollmächtigte Begleitperson)

Ich bevollmächtige die begleitende Person, in meinem Namen in die Verarbeitung und Weitergabe der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten meines Kindes an externe Abrechnungsdienstleister gemäß DSGVO einzuwilligen.

ZAHNÄRZTIN FÜR KINDERZAHNMEDIZIN

Carolin Weigl

Traunreuter Straße 1, 93073 Neutraubling | Tel. 09401 539 826 4

info@dentinauten.de | www.dentinauten.de

IBAN: DE76 3006 0601 0041 3297 14 | BIC:DAAEDEDXXX Deutsche Ärzte- und Apothekerbank