



**PRAXIS DR. ULRIKE UHLEMANN**  
**ZAHNÄRZTIN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE**  
Bahnhofstraße 108a, 82166 Gräfelfing, Telefon 089 893277-66  
Fax 089 893277-64, [www.kinderzahnarzt-uhlemann.de](http://www.kinderzahnarzt-uhlemann.de)  
[praxis@kinderzahnarzt-uhlemann.de](mailto:praxis@kinderzahnarzt-uhlemann.de)

## Vollmacht für den Zahnarztbesuch

Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
(Erziehungs- und sorgeberechtigte Person)

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich für die oben genannte bevollmächtigte Person die Berechtigung, mein Kind

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ (Geb.-Datum)  
zum Kinderzahnarzt zu begleiten und folgende Entscheidungen zu treffen:

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen z.B. auch Anfertigungen von Röntgenaufnahmen
- Entscheidungen, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Therapie und Behandlung stehen z.B. Injektionen, Art der Therapie, Mehrkostenvereinbarungen
- Sonstige Befugnisse: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht ist gültig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ .

Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

### **Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich (Vollmachtgeber s.o.) die Kinderzahnarzt-Praxis Dr. Ulrike Uhlemann gegenüber der oben genannten bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass ihr alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung meines Kindes stehen.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_