ina harzdorf

Vollmacht Eltern

Hiermit erteilen wir uns gegenseitig die Vollmacht, bei zahnärztlichen *Routineeingriffen unseres Kindes jeweils alleine zu entscheiden.*

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf.

Angaben des Kindes:

Name: _____ **Vorname:**_____ **Geb.datum:**_____

Sorgeberechtigt: ☐ **beide** ☐ **alleinige Sorgerecht** ○ **Mutter oder** ○ **Vater**

Angaben der Sorgeberechtigten:

	Mutter:	**Vater:**
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Adresse:	_____	_____
	_____	_____
Telefonnummer:	_____	_____
Datum/Unterschrift:	_____	_____