



Platz der Oktoberopfer 5
09599 Freiberg

Telefon: 03731/ 77 55 35
Fax: 03731/ 77 55 36

Vollmacht für den Besuch beim Kieferorthopäden

Vollmachtgeber: _____
(Name, Geburtsdatum und Adresse)

Bevollmächtigter: _____
(Name, Geburtsdatum und Adresse)

Für das Kind _____
(Name und Geburtsdatum)

Hiermit erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.
Die bevollmächtigte Person darf mein Kind am _____ / ohne zeitliche Befristung
zu allen nötigen Terminen in der Praxis Dr. Gudrun Poser begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu (evtl. streichen):

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen und Behandlungen zu treffen
- Rezepte oder Überweisungen abzuholen
- ggf. notwendige finanzielle Entscheidungen zu treffen

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

Datum und Ort

Unterschrift Vollmachtgeber