

Obermünsterstr. 11, 93047 Regensburg
E-Mail: info@zahnaerzte-in-regensburg.de
Homepage: www.zahnhelden.de

Tel.: 0941-51091
Fax.: 0941-565736

Vollmacht

Hiermit übertrage ich

Vor-/Nachname

als Erziehungsberechtigte/r meines/r Kindes/r

Vor-/Nachname

geboren am _____

die Entscheidungsvollmacht über zahnärztlich
notwendige Behandlungen an

Vor-/Nachname

Ort, Datum

Erziehungsberechtigte/r