



## Vollmacht

Hiermit erteile Ich, \_\_\_\_\_ (Erziehungsberechtigte(r))  
mein Einverständnis, dass bei meinem Kind \_\_\_\_\_  
folgende Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden dürfen:

- Digitale Röntgenbilder
- Kontrolluntersuchung und Prophylaxe
- Füllung mit / ohne Mehrkosten
- Entfernung eines Zahnes
- Versiegelung an den bleibenden Backenzähnen

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Rodheimer Str. 35-37  
35398 Gießen

Tel.: (+49) 0641-84999  
Fax: (+49) 0641-9805285

email: [info@zahnarztpraxis-siahi-benlarbi.de](mailto:info@zahnarztpraxis-siahi-benlarbi.de)  
[www.zahnarztpraxis-siahi-benlarbi.de](http://www.zahnarztpraxis-siahi-benlarbi.de)