

Vollmacht Begleitpersonen für minderjährige Personen



Klassifizierung: VERTRAULICH

Vollmachtgeber:in (Elternteil/Erziehungs- und Obsorgeberechtigte Person)

Vor- und Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Minderjährige/r Patient:in (Kind)

Vor- und Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Bevollmächtigte Person (Begleitperson)

Vor- und Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

(Bitte beachten Sie, dass die Begleitperson selbst volljährig sein und bei jedem Termin einen amtlichen Lichtbildausweis im Original (z.B. Führerschein, Personalausweis oder Reisepass) vorzeigen muss!)

Hiermit erteile ich der bevollmächtigten Person die Berechtigung, mein Kind (d.h. den/die minderjährige/n Patient:in) zur Behandlung an der Universitätszahnklinik Wien zu begleiten.

Im Rahmen des Besuchs an der Universitätszahnklinik Wien darf die Begleitperson folgende Entscheidungen treffen (**bitte ankreuzen**):

- Zahnmedizinische Inhalte: Erhalt der zahnärztlichen Aufklärung, Einsichtnahme in Krankengeschichte, Zustimmung zu notwendigen Untersuchungen (z.B. Anfertigung von Röntgenaufnahmen), Entscheidungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Therapie (z.B. Einwilligung in Injektionen, Füllungen), Entgegennahme von Dokumenten (z.B. Rezepte, Überweisungen, u.ä.).
- Finanzielle Aspekte: Die bevollmächtigte Person ist auch berechtigt, Entscheidungen über kostenpflichtige Behandlungen zu treffen, die nicht von der Sozialversicherung des Kindes übernommen werden. Ich nehme diesbezüglich zur Kenntnis, dass ich als Erziehungs- und Obsorgeberechtigte Person des Kindes in weiterer Folge verpflichtet bin, die Kosten dieser Behandlungen zu tragen.

Diese Vollmacht ist (**bitte ankreuzen**)

- am _____ (Datum) gültig.
- befristet bis zum _____ (Datum) gültig.
- ohne zeitliche Einschränkung gültig.

Die Vollmacht kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, darüber habe ich die Universitätszahnklinik Wien unverzüglich zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber:in