VOLLMACHT UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

KIEFERORTHOPÄDIE
NINA ENDERS

Für die Begleitung minderjähriger Patientinnen und Patienten zur zahnärztlichen/kieferorthopädischen Behandlung

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

2. Angaben der/des Sorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

3. Bevollmächtigte Begleitpersonen

Name, Vorname Begleitperson 1:

_____

Anschrift: _____

Verhältnis zum Kind: _____

Telefonnummer: _____

Name, Vorname Begleitperson 2:

Anschrift: _____

Verhältnis zum Kind: _____

Telefonnummer: _____

VOLLMACHT UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

KIEFERORTHOPÄDIE
NINA ENDERS

4. Erteilung der Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, mein oben genanntes Kind zu Terminen in der

Kieferorthopädischen Praxis Nina Enders, Faleska-Meinig-Straße 2, 09122 Chemnitz

zu begleiten und im nachfolgend beschriebenen Umfang gegenüber dem Praxisteam zu vertreten.

Die Vollmacht gilt für folgende Bereiche (bitte entsprechende Bereiche auswählen):

- Begleitung des Kindes zu vereinbarten Behandlungsterminen sowie Unterstützung bei der Organisation des Praxisbesuchs.
- Erteilung und Entgegennahme von Informationen, die für den jeweiligen Behandlungstermin und den unmittelbaren Behandlungsablauf erforderlich sind, soweit dies von dieser Vollmacht umfasst ist.
- Mitteilung von Beschwerden, Veränderungen des Gesundheitszustands, Medikamenteneinnahmen, Allergien und sonstigen behandlungsrelevanten Umständen, soweit diese der Begleitperson bekannt sind.
- Entgegennahme von Hinweisen zu Verhalten, Mundhygiene, Nachsorge und weiteren vereinbarten Kontrollterminen.
- Einwilligung in einfache, medizinisch übliche und risikoarme Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen im Rahmen des bereits besprochenen und von mir gebilligten Behandlungsplans, soweit die Begleitperson hierzu nach dieser Vollmacht berechtigt ist und die erforderliche Aufklärung erfolgt ist.

5. Grenzen der Vollmacht

Diese Vollmacht berechtigt die Begleitperson ausdrücklich nicht dazu, ohne vorherige Zustimmung der/des Sorgeberechtigten in folgende Maßnahmen einzuwilligen:

- neue oder wesentlich geänderte Behandlungspläne,
- Maßnahmen mit besonderen Risiken oder erheblichen gesundheitlichen Folgen,
- kostenpflichtige Zusatzleistungen oder den Abschluss neuer Behandlungs- bzw. Finanzierungsvereinbarungen, soweit diese nicht bereits von mir genehmigt wurden,
- den Verzicht auf eine wesentliche Behandlung oder den Abbruch einer laufenden Behandlung.

In diesen Fällen ist vor der Entscheidung meine unmittelbare Zustimmung einzuholen. Ich bin unter der oben angegebenen Telefonnummer erreichbar.

Die Vollmacht ersetzt weder die gesetzlich erforderliche Aufklärung noch eine im Einzelfall notwendige gesonderte Einwilligung. Die behandelnde Person entscheidet im Rahmen ihrer fachlichen und rechtlichen Verantwortung, ob die Behandlung auf Grundlage dieser Vollmacht durchgeführt werden kann.

6. Gesundheitliche Angaben

Ich bestätige, dass ich der Praxis alle mir bekannten, für die Behandlung relevanten gesundheitlichen Angaben zu meinem Kind mitgeteilt habe. Die Begleitperson ist angewiesen, der Praxis bekannte oder neu auftretende relevante Beschwerden, Allergien, Medikamenteneinnahmen und sonstige gesundheitliche Veränderungen unverzüglich mitzuteilen.

7. Schweigepflicht und Informationsweitergabe

Ich entbinde die behandelnden Personen und die mit der Behandlung betrauten Mitarbeitenden der Praxis gegenüber der oben genannten Begleitperson insoweit von der Schweigepflicht, als dies zur Durchführung und Organisation der jeweiligen Behandlung erforderlich ist.

Diese Entbindung umfasst insbesondere behandlungsbezogene Informationen, Hinweise zur Mundhygiene, Nachsorge, Terminplanung und weitere für die Versorgung des Kindes erforderliche Angaben. Sie umfasst keine darüberhinausgehenden vertraulichen Informationen.

8. Geltungsdauer und Widerruf

Diese Vollmacht gilt ab dem _____ und bis auf Widerruf, längstens jedoch bis zur Volljährigkeit des Kindes.

Ich kann die Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf soll aus Gründen der Nachvollziehbarkeit schriftlich gegenüber der Praxis erfolgen. Gesetzliche Widerrufsrechte bleiben unberührt.

Die Praxis kann bei begründeten Zweifeln an der Vertretungsberechtigung, bei fehlender Erreichbarkeit der Sorgeberechtigten oder bei einer Behandlung, die von dieser Vollmacht nicht umfasst ist, die Durchführung der Behandlung zurückstellen, soweit keine unaufschiebbare Maßnahme erforderlich ist.

VOLLMACHT UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

KIEFERORTHOPÄDIE
NINA ENDERS

9. Erklärung bei gemeinsamer elterlicher Sorge

Ich bestätige, dass ich zur Erteilung dieser Vollmacht berechtigt bin und dass erforderliche Zustimmungen weiterer Sorgeberechtigter vorliegen.

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

Name in Druckbuchstaben: _____