



Nicole Nehring
Zahnarztpraxis
Innen- und Jugendzahnheilkunde

BEHANDLUNGSVOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich Frau Dr. Nicole Nehring, Schwanseestraße 86 A in Weimar, dass Sie alle notwendigen zahnmedizinischen Behandlungen (Röntgen, Füllungstherapie, Fluoridierung) an meinem/r Sohn/Tochter..... durchführen darf.

.....
Datum, Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter

.....
Datum, Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter