

# VOLLMACHT

Hiermit ermächtige ich, ..... (Name, Vorname) ,  
..... ( Geb. Datum ) .....  
..... ( Anschrift )

als Hauptversicherte ( r ) von dem obengenannten Patienten

Herrn/Frau..... (Name, Vorname)

dazu, mich im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung des obengenannten Patienten in  
finanziellen Fragen zu vertreten und entsprechende Entscheidungen in meinem Sinne zu fällen.

Des Weiteren bin ich einverstanden dass meine persönlichen Daten für die Rechnungslegung  
verwendet werden.

Bergisch Gladbach, den .....