

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

.....

Frau/Herrn

.....

Adresse

.....

.....

hinsichtlich der bei mir durchgeführten zahnärztlichen Behandlung den Schriftwechsel mit der Zahnärztekammer Niedersachsen zu führen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten  
(ggf. der gesetzlichen Vertreter)