

Einverständniserklärung für die Behandlung minderjähriger Patienten

Patient:

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Eltern, bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn ist folgende Behandlung notwendig

- Röntgenaufnahme
- Anästhesie
- Füllung der Zähne / des Zahnes _____
 - Dentinadhäsiv Kunststoff mit Mehrkosten von _____ €
- Prophylaxemaßnahmen
 - Fissurenversiegelung der Zähne /des Zahnes _____
 - Zahnreinigung
- Entfernung der Zähne / des Zahnes _____
- Sonstige _____

Ich / Wir willige(n) ein, dass die oben angegebene, medizinisch notwendige Behandlung bei meinem / unserem Kind durchgeführt werden darf.

X

X

Ort / Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten