

Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten, falls das Kind alleine oder mit einer anderen Begleitperson zur Behandlung kommt.

Aufgrund der Befundsituation Ihres Kindes _____
vom _____, durch _____
sind folgende weitere Maßnahmen angeraten:

- ☐ Füllungs-/ Versiegelungstherapie der Zähne _____
- ☐ Zahnextraktion

Mit der am _____ besprochenen Therapie bin ich einverstanden:

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

☐ Röntgenaufnahme und Injektion im Rahmen der besprochenen, aus zahnärztlicher Sicht, notwendigen Therapie

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der im Zusammenhang mit der besprochenen Therapie, medizinisch notwendigen Röntgenaufnahmen und Injektionen, einverstanden:

Ich versichere, dass ich

- alleine sorgeberechtigt bin - auch im Namen des Vaters/ der Mutter handle.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte geben Sie Ihrem Kind die Einverständniserklärung zum nächsten Termin bei uns wieder mit.

Bei Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Vielen Dank

Ihr Praxisteam Dr. Brands

Zahnarztpraxis Schloßstraße

Schloßstraße 13

32257 Bünde

05223/188433