

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 _____,

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 beider Erziehungsberechtigten

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. Christoph Schnelle