

Einwilligung zur Zahnbehandlung eines Kindes oder Jugendlichen durch den gesetzlichen Vertreter

Leider kann ich mein Kind / mein Mündel nicht zum Behandlungstermin begleiten.

Ich bin durch den behandelnden Zahnarzt über die Notwendigkeit der Behandlung, deren möglichen Komplikationen und über eventuelle Folgen bei Unterlassung der Behandlung aufgeklärt worden. (Bitte telefonische Rücksprache!)

Ich erkläre mich mit dem geplanten Eingriff (nachfolgend angekreuzte Behandlung)

- Notfallbehandlung bei akuten Beschwerden
- Aufnahme eines Röntgenbildes nach zahnärztlicher Indikation
- Vorsorgeuntersuchung und Individualprophylaxe

Sonstiges:

bei meinem Sohn / meiner Tochter / meinem Mündel:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

durch die Zahnarztpraxis Dr. Hachmeister, Am Stadtgraben 65, 56626 Andernach einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigter