

Aufk13

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrem Sohn/Tochter
ist folgende Behandlung notwendig:

Pat.-Nr.:

- Lokalanästhesie
- Röntgenaufnahme von OPG
- Füllung von in Kunststoff
- Prophylaxemaßnahmen
 - Fissurenversiegelung von
 - Fluoridierung
 - Professionelle Zahnreinigung
- Wurzelkanalbehandlung von
- Entfernung des Zahnes
- Sonstiges

Hiermit bestätige(n) ich/wir _____, dass ich/wir
erziehungsberechtigt bin/sind. Name des/der Erziehungsberechtigten

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

Ort/Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten