Einverständniserklärung Behandlung minderjähriger Patienten	Zahnarztpraxis Heindel

Patient

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

_____

Geburtsdatum: _____

Praxisstempel

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

- Röntgenaufnahmen
- Anästhesie
- Füllung der Zähne/ des Zahnes _____
  - Zement
  - dentinadhäsiv Kunststofffüllung
- Prophylaxemaßnahmen
  - Fissurenversiegelung von _____
  - Fluoridierung
- Wurzelkanalbehandlung von _____
- Entfernung des Zahnes _____
- Sonstiges _____

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

X _____

Ort / Datum

X _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten