

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Liebe Eltern, bei der Behandlung von Kindern sind wir verpflichtet von allen Sorgeberechtigten eine schriftliche Einverständniserklärung für Untersuchungen und Behandlungen in unserer Praxis zu erhalten.

Zahnärztliche Behandlungen können folgendes umfassen:

- Oberflächenanästhesie / Lokalanästhesie (Spritze für zur Zahn- und Mundschleimhautbetäubung)
- Digitale Röntgenbilder
- Kinderprophylaxe / professionelle Zahnreinigung / Fissurenversiegelung zur Kariesvorbeugung
- Behandlung erkrankter Zähne mit Füllungen oder endodontische Behandlungen (Wurzelkanalbehandlung)
- Kinderzahnkronen
- Extraktionen / Entfernen eines oder mehrerer Zähne (Zahn ziehen)

Hiermit erklären wir, die Sorgeberechtigten o.g. Kindes, uns damit einverstanden, dass die empfohlenen Behandlungen durchgeführt werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir diese Erklärung jederzeit schriftlich, mit sofortiger Wirkung widerrufen können.

Unser Kind darf alleine kommen

kommt in Begleitung von:

Bemerkungen:

Ort/ Datum:

.....

Unterschrift der Gesetzlichen Vertreter/ Sorgeberechtigten