

BEHANDLUNGSEINWILLIGUNG

Liebe Eltern,

um Ihr minderjähriges Kind behandeln zu können, benötigen wir eine Behandlungseinwilligung der Erziehungsberechtigten. Bitte lesen sie das Folgende genau durch. Wenn Sie Fragen haben, werden wir diese gerne mit Ihnen klären.

Patient

geboren am

Hiermit ermächtigen wir / ich die Kinderzahnarztpraxis KIDS AN DER AU, notwendige oder empfehlenswerte Behandlungen durchzuführen.

- Röntgenaufnahmen
- Prophylaxe / Desens
- Fissurenversiegelungen
- Lokalanästhesie
- Kariesbehandlung (Füllung, Kronen, Wurzelbehandlung)
- Extraktion
- Platzhalter
- Lachgasbehandlung

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r