
Kind (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Einverständniserklärung für zahnärztliche Behandlung bei Minderjährigen

Hiermit erkläre ich mich als Elternteil / Erziehungsberechtigter / Sorgeberechtigter mit folgender zahnärztlicher Behandlung bei meinem Kind ohne meine Aufsicht einverstanden:

Bitte ankreuzen, ggfs. Ergänzen:

- Zahnärztliche Kontrolle
- Anfertigung von Röntgenbildern
 - bei medizinischer Notwendigkeit mit oder
 - ohne
- Individualprophylaxe
- Fissurenversiegelung der Backenzähne (ggfs. erweiterte Fissurenversiegelung)
Zahnangabe: _____
- Legen von Füllung, inklusive Anästhesie
 - Kassen-Füllung ohne Zuzahlung
 - Füllung mit Zuzahlung gem. KostenvoranschlagZahnangabe: _____
- _____

Ich wurde über die geplante Behandlung sowie Alternativen ausführlich aufgeklärt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

(bitte zusätzlich Namen in Druckbuchstaben angeben)