

Einwilligungserklärung / Gültigkeit 1,5 Jahre

Für unsere kleinen Patienten unter 18 Jahren brauchen wir Ihr Einverständnis für notwendige Behandlungen.

Ich / Wir möchten das individuell entscheiden und wissen, dass wir zum Termin immer mitkommen müssen.

Ja () nein ()

Ich/ Wir willige(n) ein, dass die unten angegebenen, medizinisch notwendigen Behandlungen bei meinem/ unserem Kind durchgeführt werden dürfen.

Lokalanästhesie	ja ()	nein ()
Röntgen	ja ()	nein ()
Füllungen legen	ja ()	nein ()
Wurzelkanalbehandlung	ja ()	nein ()
Entfernung von Zähnen	ja ()	nein ()
Fluoridierungen	ja ()	nein ()
Fissurenversiegelung	ja ()	nein ()

Ort / Datum

Unterschrift

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- Vorsorge Zahnreinigung
 jährlich halbjährlich
 telefonisch E-Mail

Tel.nr.: _____

E-Mail: _____

Datum:

Unterschrift Zahnarzt: