ZAHNÄRZTE SCHALKSMÜHLE
Roland Blida & Kollegen
Jahnstr.8, 58579 Schalksmühle
Tel.: 02355-902950 ; Fax: 02355-902952
info@zahnaerzte-schalksmuehle.de
www.zahnärzte-schalksmühle.de

Einwilligungserklärung zur Behandlung Minderjähriger Patienten

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn _____

ist folgende Behandlung notwendig:

- ○ Lokalanästhesie
- ○ Röntgenaufnahme/Panoramaschichtaufnahme (OPG) z.B. für Weisheitszähne
- ○ Füllung von _____
  - ○ Compositefüllung mit Keramikpartikeln (Zuzahlungspflichtig)
  - ○ Zementfüllung
- ○ Wurzelkanalbehandlung
- ○ Entfernung des Zahnes _____
- ○ Sonstiges _____

- ○ Prophylaxemaßnahmen
  - ○ Fissurenversiegelung von _____
  - ○ Fluoridierung

Falls Sie zum vereinbarten Termin ihr Kind nicht begleiten können, würden wir Sie bitten Ihre Einverständniserklärung unterschrieben Ihrer Tochter / Ihrem Sohn mitzugeben.

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

_____

Ort/ Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten