

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Ich / Wir willige(n) ein, dass bei meinem/unserem Kind

Nachname, Vorname

die unten angegebenen, medizinisch notwendigen Behandlungen durchgeführt werden dürfen:

Bitte ankreuzen:

- Vorsorgeuntersuchung
- Prophylaxemaßnahmen
- Fluoridierung
- Lokalanästhesie
- Füllungen
- Röntgenaufnahmen
- Wurzelkanalbehandlungen
- Entfernung eines Zahnes

Ich / Wir willige(n) ein, dass mein/unser Kind von folgenden bevollmächtigten Personen begleitet werden darf:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Die Erklärung behält bis zum vollendeten 18. Lebensjahr uneingeschränkt ihre Gültigkeit, sofern sie nicht in Schriftform von einem der angegebenen Sorgeberechtigten oder dem Kind selbst widerrufen wird.

Erziehungsberechtigter (1): Nachname, Vorname

Unterschrift

Erziehungsberechtigter (2): Nachname, Vorname

Unterschrift

(Sind beide Elternteile erziehungsberechtigt, müssen beide Elternteile unterschreiben.)