



**ZAHNARZTPRAXIS AM STEINBERG**

*Zahnfürsorge für Groß und Klein*

## Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten, falls das Kind alleine oder mit einer anderen Begleitperson zur Behandlung kommt.

Aufgrund der Befundsituation Ihres Kindes \_\_\_\_\_,

vom \_\_\_\_\_, durch ZÄ: \_\_\_\_\_.

sind folgende weitere Maßnahmen angeraten:

**Versiegelung der Zähne** \_\_\_\_\_

**Füllungstherapie an den Zähnen** \_\_\_\_\_

Mit der am \_\_\_\_\_ besprochenen Therapie bin ich einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter

**Röntgenaufnahme und Milchzahn - Extraktion mit Injektion im Rahmen der besprochenen, aus zahnärztlicher Sicht, notwendigen Therapie** \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der im Zusammenhang mit der besprochenen Therapie, medizinisch notwendigen Röntgenaufnahmen und Injektionen einverstanden:

**Ich versichere, dass ich  
- alleine sorgeberechtigt bin - auch im Namen des Vaters / der Mutter handle.**

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift beider Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie Ihrem Kind die Einverständniserklärung zum nächsten Termin bei uns wieder mit.

Bei Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Vielen Dank,

Ihre Zahnarztpraxis am Steinberg