



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur zahnärztlichen Behandlung eines minderjährigen Kindes

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und zum Termin im Original mitgeben.

01 KIND UND TERMIN

Name des Kindes

Geburtsdatum

Termin am

Uhrzeit

Sorgeberechtigte Person

Telefon während des Termins

Das Kind kommt

☐

allein

☐

mit Begleitperson

Name der Begleitperson

02 GEPLANTE BEHANDLUNG

Bitte die für diesen Termin erlaubten Maßnahmen ankreuzen:

☐ Untersuchung und Befund

☐ örtliche Betäubung

☐ Röntgen, falls medizinisch erforderlich

☐ Füllung an Zahn oder Zähnen:

☐ Prophylaxe und Fluoridierung

☐ sonstige besprochene Behandlung:

03 EINWILLIGUNG UND UNTERSCHRIFT

Ich bin sorgeberechtigt und willige für den genannten Termin in die ausgewählten Maßnahmen ein. Ich wurde verständlich über Art, Umfang, Risiken und Alternativen aufgeklärt und konnte Fragen stellen. Bei gemeinsamem Sorgerecht liegt die Zustimmung der weiteren sorgeberechtigten Person vor. Zusätzliche oder geänderte Maßnahmen, chirurgische Eingriffe, Sedierung, Vollnarkose und nicht vereinbarte Privatleistungen sind nicht umfasst. Dieses Formular ersetzt kein erforderliches Aufklärungsgespräch. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person