

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Name _____ Patienten-Nr. _____

Sehr geehrte Eltern,
bei Ihrem Sohn/Tochter ist folgende Behandlung notwendig:

- ☐ **Lokalanästhesie**
- ☐ **Röntgenaufnahme von OPG**
- ☐ **Füllung von** _____ **in Kunststoff**
- ☐ **Prophylaxemaßnahmen**
- ☐ Fissurenversiegelung von _____
- ☐ Fluoridierung
- ☐ Professionelle Zahnreinigung
- ☐ **Wurzelkanalbehandlung von** _____
- ☐ **Entfernung des Zahnes** _____
- ☐ **Sonstiges** _____

Hiermit bestätige(n) ich/wir _____
Name des/der Erziehungsberechtigten
,dass ich/wir erziehungsberechtigt bin/sind.

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

Ort/Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten