

Einverständniserklärung zur Zahnbehandlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei

Patient

Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Folgende Behandlung durchgeführt wird:

Einwilligung

Ich gebe hiermit, nach Abwägung der ebenfalls besprochenen Risiken, meine Einwilligung zur Durchführung der Behandlung.

Name / Adresse des Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum _____ Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
bzw. gesetzlicher Vertreter _____