

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde Sylvia Hille de Barros & Robert Martin

Bundschuhstraße 2, 01307 Dresden, 0351/4593935

www.jozahn.de

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn _____
ist folgende Behandlung notwendig:

- Lokalanästhesie
- Röntgenaufnahme von _____
- Füllung von _____
 - Amalgamfüllung
 - Kunststofffüllung dentinadhäsiv ca. 25 € Zuzahlung pro Zahnfläche
- Prophylaxemaßnahmen
 - Fissurenversiegelung von _____
 - Fluoridierung
- Wurzelkanalbehandlung von _____
- Entfernung des Zahnes _____
- Sonstiges _____

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