

Bitte erst durchlesen, nach der Besprechung mit dem Arzt unterschreiben

Name des Kindes: _____

Um Ihr Kind behandeln zu können, benötigen wir eine Behandlungseinwilligung. Bitte lesen Sie das Folgende genau durch. Wenn Sie Fragen haben, werden wir diese gern mit Ihnen klären.

Einwilligungserklärung

Hiermit ermächtigen wir Herrn Dr. Schnelle/, unter Mitarbeit der Zahnarthelferinnen, zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meiner/ unserem Kind, einschließlich des Gebrauchs von notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgendiagnostik durchzuführen.

Allgemeinverständlich ausgedrückt kann die zahnärztliche Behandlung Folgendes umfassen:

- Zahnreinigung
- Fissurenversiegelung der Backenzähne
- Behandlung von erkrankten Zähnen oder verletzten Zähnen mit Füllung oder pädiatrischen Kinderkronen. Sollte sich während der Narkosebehandlung herausstellen, dass ein Zahn nicht mehr mit einer Füllung versorgt werden kann, geben wir das Einverständnis für die Therapie mit einer konfektionierten Kinderzahnkrone bzw. die Extraktion.
- Extraktion von einem oder mehreren Zähne
- Vollnarkose

Die Behandlung ist mir ausführlich erläutert worden. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese zufriedenstellend beantwortet.

Ich habe diese Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden.

Bei Anwesenheit beider Elternteile: _____
(Datum) (Unterschrift beider Erziehungsberechtigten)

Bei Anwesenheit nur eines Elternteils:

Ich versichere, dass ich

- alleine sorgeberechtigt bin - auch im Namen des Vaters/ der Mutter handle.

(Datum) (Unterschrift beider Erziehungsberechtigten)