

Behandlungs-Einverständniserklärung

Um Ihr Kind behandeln zu können, benötigen wir eine Behandlungseinwilligung.
Bitte lesen Sie diese genau durch, bei Fragen besprechen wir diese gerne mit Ihnen.

Name, Vorname Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r: _____

Hiermit ermächtige ich die in der Praxis Dr. Bomas tätigen Zahnärzte unter Mitarbeit der zahnmedizinischen Fachangestellten, zahnärztliche und/ oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind, einschließlich der Anwendung notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen oder sonstiger Diagnostik durchzuführen.

Zahnärztliche Behandlungen können folgendes umfassen:

- Oberflächenanästhesie / Lokalanästhesie
- Digitale Röntgenbilder
- Kinderprophylaxe / Zahnreinigung / Fissurenversiegelung
- Behandlung erkrankter Zähne mit Füllungen oder endodontische Behandlungen
- Kinderkronen
- Extraktionen / Entfernen eines oder mehrerer Zähne
- Platzhalter für fehlende Zähne / Frühkieferorthopädische Behandlung
- Behandlung von Zahnfleischerkrankungen
- Sedierung

Darüber hinaus können weitere Therapieschritte erforderlich sein, deren Notwendigkeit sich erst während der Behandlung ergibt.

Ich habe diese Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden. Ich verstehe auch, dass ich das Recht habe Fragen zu stellen, die sich während der Behandlung ergeben.

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter