

## Einwilligungserklärung Untersuchung und Behandlung bei Minderjährigen

Durchführung zahnmedizinischer Maßnahmen bei Minderjährigen

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_

aufgrund der Minderjährigkeit Ihres Kindes sind wir verpflichtet, Ihre Zustimmung zu einer geplanten Untersuchung oder Behandlung vorab einzuholen, insbesondere wenn Sie nicht selbst dabei anwesend sein können.

Selbstverständlich umfasst dies nur einfache Maßnahmen wie:

- Untersuchung
- Röntgenaufnahmen
- Versiegelungen
- Prophylaxe
- Zahnfüllungen
- Lokalanästhesie / Örtliche Betäubung

Bei umfangreicheren notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen (unvorhergesehene Zahntfernung, Wurzelkanalbehandlungen, o.ä.) werden wir Sie selbstverständlich gesondert vorab informieren.

Ich/wir willige/n in eine geplante Behandlung (Untersuchung/Prophylaxe/Versiegelung/Zahnfüllung) bei meinem/ unserem Kind/Mündel \_\_\_\_\_ ein.

Bei einer Behandlung eventuell entstehenden Kosten, die nicht durch die Krankenkasse abgedeckt sind und die durch mich/uns privat zu tragen wären, wünsche/n ich/wir vorab informiert zu werden ab:

- 1 Euro
- 50 Euro
- 100 Euro

(BITTE ANKREUZEN!)

Ich/wir fühle/n mich/uns vollständig und ausreichend informiert und aufgeklärt und habe/n keine offenen die geplante Behandlung betreffende Fragen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Name/Unterschrift gesetzlicher Vertreter/in