



Einverständnis zur Behandlung von Kindern

Gemeinschaftspraxis Dr. Heike Ridder & Denise Henke

Kind:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

wohnhaft:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

☐ gemeinsames Sorgerecht

☐ alleiniges Sorgerecht

Elternteil 1:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

wohnhaft:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Elternteil 2:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

wohnhaft:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Liebe Eltern,

bei der Behandlung von Kindern sind wir verpflichtet, von beiden Elternteilen eine schriftliche Einverständniserklärung für Untersuchungen und Behandlungen (z. B. Injektionen, Extraktionen, Füllungstherapie, Versiegelung von Zähnen, Fluoridierungsmaßnahmen, etc. in unserer Praxis zu erhalten.

Einverständniserklärung

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass die oben genannte Sorgeberechtigten alleine über die Behandlung unseres Kindes entscheiden dürfen.

Uns ist bekannt, dass wir diese Erklärung jederzeit schriftlich mit sofortiger Wirkung widerrufen können.

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 2