

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN

Wir sind damit einverstanden, dass bei unserem Kind

.....
(Name, Vorname, Geb. Datum)

folgende Behandlungen durchgeführt werden dürfen.

- ☐ Lokale Betäubung
- ☐ Leitungsanästhesie (Spritze)
- ☐ Kurznarkose
- ☐ Röntgenaufnahmen
- ☐ lokale Fluoridierung

Anmerkung:

Ort, Datum:

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Unterschrift Zahnarzt