



Einverständniserklärung zur Kieferorthopädischen Behandlung

Von: Name/Vorname/Geb.Datum: _____

Erziehungsberechtigter/Sorgeberechtigter

Name/Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße/Hausnr.: _____
PLZ./Ort: _____

Erziehungsberechtigter/Sorgeberechtigter

Name/Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ./Ort: _____

Hiermit bestätige ich/wir, dass die kieferorthopädische Diagnostik und ggf. Behandlung meines/unsere o.g. Kindes in der Praxis Dr. Gudrun Poser durchgeführt werden darf. Des Weiteren bin ich/sind wir einverstanden, dass bei Behandlungsbedarf sowie während der laufenden Behandlung die dafür notwendigen Unterlagen (Röntgenbilder, Abdrücke) erstellt werden dürfen.

Außerdem wird hiermit bestätigt, dass bei geteiltem Sorgerecht beide Elternteile mit der Durchführung der Behandlung in unserer Praxis einverstanden sind.

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte