



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/unseres 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.

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass mein/unser Kind betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen. Des Weiteren bin ich einverstanden, dass Frau Dr. Gudrun Poser betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

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

Hiermit bestätige ich/wir, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erfolgt sind.

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte

- bei geteiltem Sorgerecht bitte beide unterschreiben -