



Einverständniserklärung

Bei Ihrem Kind _____
soll beim nächsten vereinbarten Termin folgende Behandlung/Röntgenaufnahme erfolgen:

- Röntgenaufnahme (OPG, Zahnfilm)
- Kunststofffüllung
- Fissurenversiegelung

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt geröntgt? ja nein

Wenn ja, was wurde geröntgt? _____

Bei weiblichen Patienten im gebärfähigen Alter: liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

Ich willige ein, dass die oben angegebene, medizinisch notwendige Behandlung bei meinem Kind durchgeführt werden darf und versichere die Vollständigkeit der Angaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten