

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Sehr geehrte Eltern,

hiermit willigen Sie darin ein, dass ihre Tochter/ ihr Sohn in unserer Praxis auch ohne ihre Begleitung behandelt werden darf.

Diese Einwilligung kann unter anderem folgende Behandlungen betreffen:

- **Röntgendiagnostik**
- **Konservierende Maßnahmen** (z.B. Füllungen)
- **Prophylaktische Maßnahmen**
- **Notfallbehandlungen**, auch oralchirurgischer Art

Bitte sorgen Sie dennoch für eine telefonische Erreichbarkeit.

Ort/ Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten