

Sorgeberechtigung

Sehr geehrte Eltern,

Sie möchten Ihr Kind – Name: _____ ohne persönliche Anwesenheit eines sorgeberechtigten Elternteils in unserer Praxis behandeln lassen.

Dies ist in Fällen von einfachen Behandlungsmaßnahmen wie Füllungen oder Fissurenversiegelungen möglich. Jedoch benötigen wir hierfür eine schriftliche Einverständniserklärung von Ihnen.

Umfangreiche Eingriffe wie Zahnextraktion oder andere chirurgische Maßnahmen sind von dieser Vereinbarung ausgeschlossen und können nur in Begleitung eines Sorgeberechtigten durchgeführt werden.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass mein Kind

Name: _____ Geb. Datum: _____

auch ohne meine persönliche Anwesenheit in der Gemeinschaftspraxis Dres. Lenzner & Wende zahnärztlich behandelt werden darf.

Diese Einwilligung umfasst die folgenden Therapiemaßnahmen:

- Anfertigung von Röntgenbildern
- die allgemein Zahnärztliche Untersuchung
- die Durchführung der individuellen Prophylaxemaßnahmen
- das Setzen einer Lokalanästhesie zum schmerzarmen Behandeln
- die Durchführung der einfachen oder erweiterten Fissurenversiegelung, sofern notwendig
- das Legen oder Austauschen von Füllungen

Als Füllmaterial an den bleibenden Zähnen bevorzuge ich für mein Kind

- Amalgam
- Comosit (Kunststoff)

Ich bin darüber informiert, dass die Gesetzliche Krankenversicherung an bleibenden Zähnen Comosit-Füllungen im Seitenzahnbereich auch für Kinder NICHT bezuschusst und bei Verlangen eine Mehrkostenvereinbarung mit anschließender Rechnungslegung fällig wird. Die Höhe der Rechnungssumme richtet sich nach der Anzahl der zu behandelnden Flächen.

Weiterhin ist mir bekannt, dass die zahnärztliche Behandlung meines Kindes ohne Vorlage dieser Einwilligungserklärung von Seiten der Praxis abgelehnt werden kann.

Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Unterschrift Zahnarzt