

Einverständniserklärung

für zahnmedizinische Maßnahmen bei Minderjährigen

Sehr geehrte Frau/Herr _____

Bei _____ muss eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt werden. Wir sind vom Gesetzgeber verpflichtet, dazu Ihre Zustimmung einzuholen. Daher bitten wir Sie, diese Erklärung als Dokument Ihres Einverständnisses zu unterschreiben und zur nächsten Behandlungssitzung mitzugeben, oder, falls Sie noch Fragen haben, Ihr Kind zu seinem nächsten Termin in unsere Praxis zu begleiten.

Folgende Maßnahmen sind geplant:

- Füllungstherapie mit Composite (Kunststoff)
- Laserbehandlung
- Röntgenaufnahmen
- Fissurenversiegelung mittels Laser
- Zusätzliches Prophylaxeprogramm für Kinder
- Einsatz von Silberdiaminfluorid bei hoher Kariesaktivität
- Entfernung von Schleimhautbändern mittels Laser
- Sonstiges:

Darüber hinaus können weitere Therapieschritte erforderlich sein, deren Notwendigkeit sich erst während der Behandlung gibt.

Die für die geplanten Maßnahmen von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommenen Beiträge werden sich auf ca. _____ € belaufen. Bei Versicherten der PKV können wir leider aufgrund der sehr individuellen Tarifstruktur keine Aussagen zu Erstattungsleistungen Ihrer Krankenkasse machen.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns. Wir stehen jederzeit gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam der Zahnarztpraxis Mocksch

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den geplanten und eventuell weiteren notwendigen Maßnahmen. Wir stehen jederzeit gerne zur Verfügung.

Ort,

Datum,

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-er