

ZAHNARZTPRAXIS Dr. Fishkin

Truderinger Straße 273 • 81825 München

Tel.: +49 89 42 47 27, Mobil: +49 174 51 38 757, E-Mail: info@zahnarztpraxis-fishkin-trudering.de

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Kind:

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte/r:

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrem Kind ist folgende Behandlung notwendig:

- ☐ Lokalanästhesie
- ☐ Röntgenaufnahme / OPG
- ☐ Füllung von _____ aus Kunststoff
- ☐ Prophylaxemaßnahmen
- ☐ Fissurenversiegelung von _____
- ☐ Zahnreinigung
- ☐ Wurzelkanalbehandlung an _____
- ☐ Entfernung des Zahnes _____
- ☐ Sonstiges _____

Kosten der Behandlung:

Eigenanteil (Privatanteil) der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____ €

Der Rest wird von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Hiermit bestätige ich, dass ich erziehungsberechtigt bin und erkläre mein Einverständnis, dass die oben genannte, medizinisch notwendige Behandlung bei meinem Kind durchgeführt wird.

Ich wurde darüber informiert, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen kann.

München, 27.02.2026

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r