

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG VON KINDERN

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name der/des Erziehungsberechtigten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

§ 1 – Einwilligung zur zahnärztlichen Behandlung

Hiermit erkläre ich, die/der Erziehungsberechtigte des oben genannten Kindes, mein Einverständnis zur Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen, Behandlungen und prophylaktischer Maßnahmen, die in der Praxis für Zahnheilkunde erforderlich sind.

§ 2 – Information und Aufklärung

Ich wurde über Art, Umfang, Zweck und mögliche Risiken der Behandlung aufgeklärt. Ich habe die Möglichkeit, Fragen zu stellen und werde bei Bedarf vor jeder Behandlung erneut informiert.

§ 3 – Datenschutz und Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Behandlung erhobenen personenbezogenen Daten und Befunde zum Zweck der Behandlung gespeichert und verarbeitet werden. Die Praxis verpflichtet sich zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht.

§ 4 – Gültigkeit und Widerruf

Diese Einverständniserklärung gilt für alle gegenwärtigen und zukünftigen zahnärztlichen Behandlungen meines Kindes in der Praxis. Ich kann diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen.

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R

ZAHNARZTPRAXIS

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/einverständniserklärung-zahnarzt-kinder/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.