



DR. ASTRID FISCHER
ZAHNARZTPRAXIS

Einwilligung zur Behandlung minderjähriger Patienten

- Lokalanästhesie
- Röntgenaufnahme von
- Füllung von
 - Amalgamfüllung
 - Kunststofffüllung dentinadhäsiv gem. Mehrkostenvereinbarung §28 SGB V
- Prophylaxemaßnahmen
 - Fissurenversiegelung von
 - Fluoridierung
- Wurzelkanalbehandlung von
- Entfernung des Zahnes
- Sonstiges

Ich/Wir willige(n) ein, dass die oben angegebene, medizinisch notwendige Behandlung bei meinem/ unserem Kind durchgeführt werden darf.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten