



MVZ CenDenta | Medizinisches Versorgungszentrum

Dr. Martin Trump | Matthias Hapke | Birgit Trump | Elsterwerdaer Platz 3, 12683 Berlin
Tel. Nr.: 030 21960970 | info@cendenta.de

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Ich/Wir willige(n) ein, dass bei meinem/unserem Kind _____
Name des Kindes

die unten angegebenen, medizinisch notwendigen Behandlungen durchgeführt werden dürfen:

Bitte ankreuzen

- Vorsorgeuntersuchung
- Lokalanästhesie
- Füllungen
- Wurzelkanalbehandlungen
- Entfernung eines Zahnes
- Röntgenaufnahmen
- Prophylaxemaßnahmen
- Fluoridierung
- Versorgung mittels Edelstahlkrone

Ich/ Wir willige(n) ein, dass mein/ unser Kind von folgenden bevollmächtigten Personen begleitet werden darf:

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Ort/Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Sind beide Elternteile erziehungsberechtigt aber getrennt lebend, müssen beide Elternteile unterschreiben. Diese Vollmacht ist 12 Monate gültig.