



— FÜR ELTERN UND SORGBERECHTIGTE

Ihr Kind ist bei uns *in guten Händen.*

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren behandeln wir nur mit Ihrem Einverständnis. Hier legen Sie einmal fest, was wir bei Ihrem Kind tun dürfen und wer es begleiten darf.

1 Ihr Kind und Sie

VOR- UND NACHNAME DES KINDES

GEBURTSDATUM

KRANKENKASSE

SORGBERECHTIGTE PERSON 1

TELEFON

SORGBERECHTIGTE PERSON 2

TELEFON

SORGERECHT ☐ gemeinsam ☐ allein bei Person 1 ☐ allein bei Person 2 ☐ Vormund / Pflegeeltern

2 Das dürfen wir bei Ihrem Kind machen

 Bitte ankreuzen

- | | |
|--|--|
| ☐ Untersuchung und Vorsorge | ☐ Professionelle Zahnreinigung |
| ☐ Röntgenaufnahmen | ☐ Örtliche Betäubung (Spritze) |
| ☐ Füllungen | ☐ Entfernung von Milchzähnen |
| ☐ Wurzelbehandlung an Milchzähnen | ☐ Notfallbehandlung bei Schmerzen oder Unfall |

i **Nicht abgedeckt:** Narkose, Sedierung, Operationen und Kieferorthopädie. Dafür holen wir vorher eine eigene Einwilligung ein.

3 Begleitung

- ☐ Mein Kind darf ab 14 Jahren **allein** zu Kontrolle, Zahnreinigung und kleinen Behandlungen kommen.
- ☐ Diese Personen dürfen mein Kind begleiten und an meiner Stelle entscheiden:

NAME

BEZIEHUNG ZUM KIND (Z. B. OMA)

TELEFON

NAME

BEZIEHUNG ZUM KIND

TELEFON

4 Gesundheit Ihres Kindes

Allergien ☐ keine bekanntMedikamente ☐ keineErkrankungen ☐ keine bekanntBesonderheiten ☐ keine

— EINWILLIGUNG

Ich bin sorgeberechtigt und *einverstanden.*

- ☐ Ich willige in die angekreuzten Behandlungen bei meinem Kind ein. Vor jeder Behandlung werden wir aufgeklärt. Die Einwilligung gilt bis zum 18. Geburtstag und kann jederzeit widerrufen werden. Bei gemeinsamem Sorgerecht bestätige ich, dass der andere Elternteil einverstanden ist.

DARMSTADT, DATUM

UNTERSCHRIFT PERSON 1

UNTERSCHRIFT PERSON 2
bei gemeinsamem Sorgerecht empfohlen