

**Zahnarztpraxis**  
**Dr. Rolf Simon M.Sc., M.Sc.**

Master of Science Implantologie  
Master of Science Parodontologie und Implantattherapie  
Lichtenrader Damm 49 - 12305 Berlin  
Telefon: 030 / 7062231 - Telefax: 030 / 70605030

Zahnarztpraxis Dr. Rolf Simon & Saskia Simon-Kurzawa  
Lichtenrader Damm 49 - 12305 Berlin

**Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten/innen**

Sehr geehrte Eltern,  
bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Kind)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Kind)

\_\_\_\_\_  
Adresse (Kind)

ist folgende Behandlung notwendig:

**zahnärztliche Untersuchung**

**Füllungstherapie an Zahn \_\_\_\_\_ mit einer Krankenkassenfüllung (GIZ) unter**

**Lokalanästhesie**

**Leitungsanästhesie**

**Füllungstherapie an Zahn \_\_\_\_\_ mit einer Kunststofffüllung unter**

**Lokalanästhesie**

**Leitungsanästhesie**

**Röntgenaufnahme: \_\_\_\_\_**

**Prophylaxemaßnahmen (Individualprophylaxe)**

**Fissurenversiegelung(en) an den Zähnen \_\_\_\_\_**

**Fluoridierungsmaßnahmen**

**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 des/der Erziehungsberechtigten**