



Dr. Wöschler MVZ  
ZAHNÄRZTE

## Einverständniserklärung

für zahnmedizinische Maßnahmen bei Minderjährigen

Sehr geehrte \_\_\_\_\_

Bei \_\_\_\_\_ muss eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt werden.  
Wir sind vom Gesetzgeber verpflichtet, dazu Ihre Zustimmung einzuholen.  
Daher bitten wir Sie, diese Erklärung als Dokumentation ihres Einverständnisses zu unterschreiben und zur nächsten Behandlungssitzung mitzugeben, oder, falls Sie noch Fragen haben, Ihr Kind zu seinem Termin in unsere Praxis zu begleiten.

**Folgende Maßnahmen sind geplant:**

- Füllungstherapie mit Composite (Kunststoff)
- Örtliche Betäubung
- Röntgenaufnahmen
- Wurzelfüllung
- Extraktion (Zahnentfernung)
- Operative Zahnentfernung
- Entfernung von Schleimhautbändern
- Sonstiges:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Darüber hinaus können weitere Therapieschritte erforderlich sein, deren Notwendigkeit sich erst während der Behandlung ergibt.

Die für die geplanten Maßnahmen von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommenen Beträge werden sich voraussichtlich auf ca. \_\_\_\_\_ € belaufen.  
Bei Versicherten der PKV können wir leider aufgrund der sehr individuellen Tarifstruktur keine Aussage zu Erstattungsleistungen Ihrer Krankenkasse machen.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.  
Wir stehen jederzeit gerne zu Ihrer Verfügung.

**Ihr Praxisteam Dr. Wöschler MVZ GmbH**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den geplanten und eventuell weiteren notwendigen Maßnahmen.

---

Ort,

Datum,

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-er