

**Zahnarztpraxis
Dr. Ulla Schmitz
Fuhlsbüttler Str. 102, 22305 Hamburg,
Tel. 61 55 47, praxis@fuhle102.de**



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass o.g. Zahnarztpraxis die zahnärztliche
Behandlung (inkl. Lokalanästhesie, Füllungstherapie, Individualprophylaxe, Röntgen, etc.)
meines Kindes _____
(Patient/in: Name, Vorname, Geburtsdatum)
vornimmt.

Gegebenenfalls auch in meiner Abwesenheit.

Erziehungsberechtigte/r: Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Hamburg, _____
(Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)