



Zahnarztpraxis

Dr. Ulla Schmitz

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass o.g. Zahnarztpraxis die zahnärztliche Behandlung (inkl. Lokalanästhesie, Füllungstherapie, Individualprophylaxe, Röntgen, etc.)

meines Kindes:

Name, Vorname

Geburtsdatum

vornimmt. Gegebenenfalls auch in meiner Abwesenheit.

Erziehungsberechtigte/r:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Hamburg, den

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

