

Zahnarztpraxis
Homeira Khafi – Krumwiede
& Kollegen

Buchenring 5 & Zu den Fuhren 5
31634 Steimbke



Einwilligungserklärung für die Behandlung von minderjährigen Patienten durch den Erziehungsberechtigten.

Erziehungsberechtigter bei minderjährigen Patienten:

Name:	
Adresse:	
geboren am:	

Hiermit gebe ich meine Einwilligung dazu, dass alle zahnärztlich notwendigen Behandlungen und Röntgenaufnahmen bei meinem/n Kind/ern durchgeführt werden dürfen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

	Name	Adresse	geboren am:
Kind 1			
Kind 2			
Kind 3			
Kind 4			
Kind 5			

Steimbke, den

Unterschrift Erziehungsberechtigter