

Behandlungseinwilligung

Bitte erst durchlesen, dann unterschreiben!

Für das Kind:

Geburtsdatum:

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich Frau ZÄ Andrea Holler, ggf. ihre Vertretung, unter Mitarbeit der Zahnarzhelferinnen zahnärztliche und/oder chirurgische Behandlungen an meinem Kind, einschließlich dem Gebrauch von notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen- oder sonstiger Diagnostik durchzuführen.

Zahnärztliche Behandlungen können folgendes umfassen:

- Oberflächenanästhesie/ Lokalanästhesie
- Röntgenbilder
- Kinderprophylaxe/Zahnreinigung
- Fissurenversiegelungen
- Füllungen
- Milchzahnwurzelbehandlungen
- Kinderkronen (Frontzahnkronen, Stahlkronen)
- Extraktionen (Entfernen) von einem oder mehreren Zähnen
- Platzhalter für fehlende Zähne
- Durchtrennung von Zungen-/Lippenband
- Behandlung von Zahnfleischerkrankungen
- Sonstige:

Sehr seltene Risiken die auftreten können sind: Taubheitsgefühl, Schwellung, Blutung, Übelkeit, Erbrechen, Infektion, allergische Reaktion, Aspiration. Extrem selten können auch Gehirnschädigungen, Lähmungen und Narben auftreten. Ich verstehe und akzeptiere weiterhin, dass äußerst seltene Komplikationen die Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich machen und sogar zum Tode führen können.

Ich habe diesen Behandlungseinwilligungsbogen gelesen und verstanden. Die Behandlung ist mir ausführlich und verständlich erklärt worden. Alle meine Fragen sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich habe das Recht jeder Zeit Fragen zu stellen, die sich mir während der Behandlung ergeben.

Wasserburg, den Unterschrift: