

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Als Betreuer*in bzw. Bevollmächtigte*r Herr / Frau _____

stimme ich der zahnärztlichen Betreuung meine*s Anvertrauten Herr / Frau _____

geb. am _____, zu.

Über mögliche Folgebehandlungen bzw. eventuell entstehende Kosten (z. B. Zahnersatz) werde ich vorab unterrichtet, um dann weitere Entscheidungen treffen zu können.

Ort • Datum

Unterschrift (Name • Vorname)