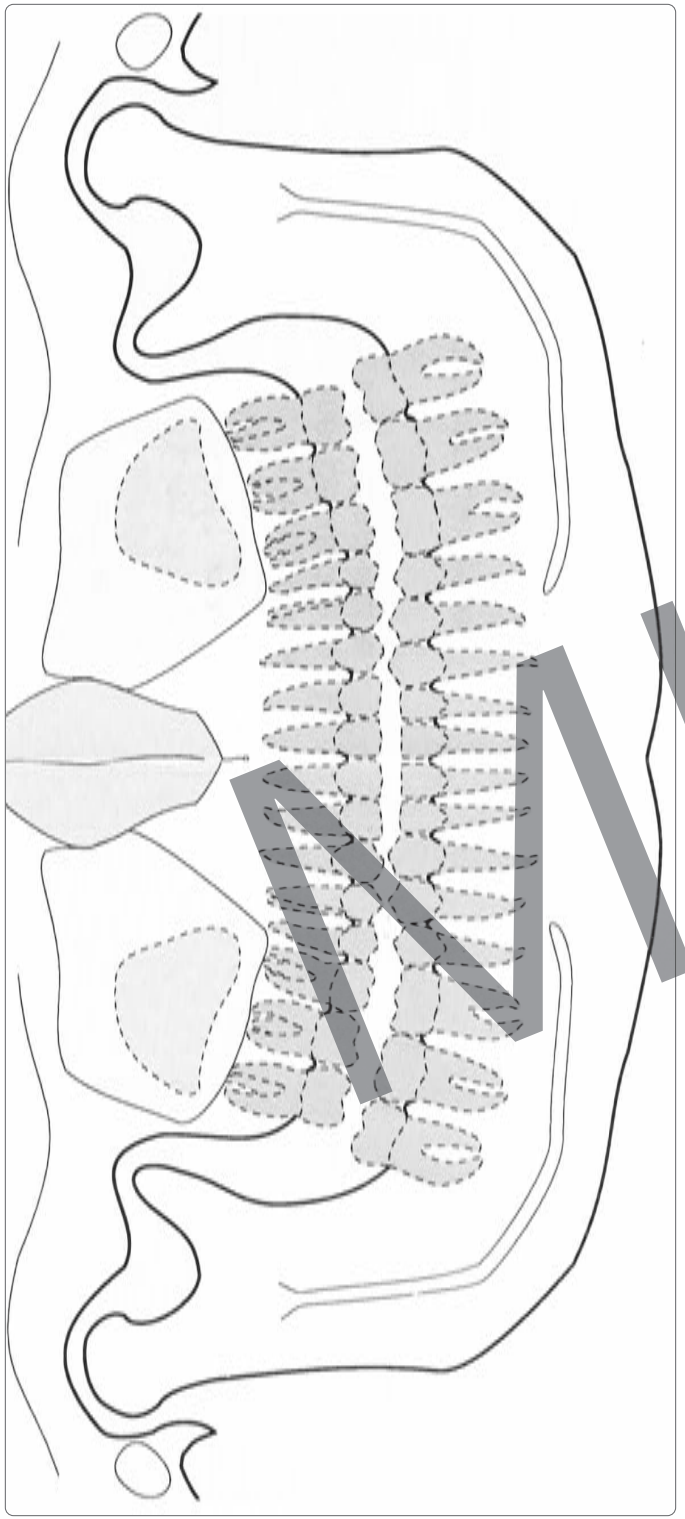

Die Einwilligung betrifft folgende Zähne:

.....

☐ Über seltene, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Diese sind:

.....

.....

Alle meine Fragen wurden beantwortet.
Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung widerrufen kann.

....
Ort Datum

....
Patient oder gesetzlicher Vertreter (Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide Eltern.) Zahnarzt

Zusatzvereinbarung

(z. B. Transfixation, Implantation)

Eventuelle zusätzliche Kosten:

.....

.....

....
Ort Datum

....
Patient oder gesetzlicher Vertreter (Die Unterschrift eines Elternteils gilt für beide Eltern.) Zahnarzt

Redaktion: Dr. med. Dr. med. dent. Peter Ehrl
Juristische Beratung: Anwaltsbüro Dr. Stebner

Einwilligung

zu einer Wurzelspitzenresektion am Seitenzahn

Patientendaten

Name: .....

Vorname: .....

geb. am: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel./Fax privat: .....

Tel./Fax geschäftlich: .....

Tel. mobil: .....

E-Mail: .....

Beruf*: .....

Arbeitgeber*: .....

* Angabe freiwillig

Praxisstempel:

Empfohlen vom Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

© 2010 · Spitta Verlag · 72336 Balingen · Telefon 07433 952-0 · www.spitta.de
Nachdruck und Kopieren nicht gestattet.
Art.-Nr. 1007024408

MUSTER