



Dr. med. dent. (R) Marius Catiche M. Sc.

Master of Science Ästhetisch-Rekonstruktive Zahnmedizin

Bismarckstraße 76 • 41061 Mönchengladbach • Telefon 0 2161-179811 • Telefax 02161-464 3994

„Center for Excellence“

[rezeption@dr-catiche.de](mailto:rezeption@dr-catiche.de)

## EINWILLIGUNG ZUR ZAHNBEHANDLUNG BEI MINDERJÄHRIGEN

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten:

---

Vorname des Minderjährigen:

---

Anschrift:

---

Ich erkläre mich einverstanden, dass bei meinem Sohn/meiner Tochter folgende zahnärztliche Behandlungen durchgeführt werden:

- Entfernung der nicht mehr erhaltungswürdigen Zähne
- Sonstige notwendige zahnärztliche Maßnahmen

Es wird um die Anwesenheit eines Erziehungsberechtigten in dem Wartezimmer der Praxis für eventuelle Rücksprachen während der Behandlung gebeten. Sollte dies nicht der Fall sein, wird Herr Dr. Catiche bevollmächtigt, selbst oder nach zusätzlicher Beratung mit einem Kollegen jegliche therapeutische Maßnahme (lege artis) durchzuführen, gegebenenfalls zu delegieren.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Platz für handschriftliche Bemerkungen:

---

---

---

---

---