

**MVZ Zahnzentrum Rostock**  
**Kinderzahnarztpraxis Kidsdent**  
Deutsche Med Platz 2  
18057 Rostock  
Tel.: 0381 33715071  
E-Mail: kinderzahnarzt-rostock@freenet.de

---

## **Einverständniserklärung**

**Name des Kindes**

Sehr geehrte Eltern,

da bei Ihrem minderjährigen Kind eine zahnärztliche Behandlung vorgesehen ist, kann die Notwendigkeit bestehen,

- einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze)
- eines Röntgenbildes
- einer Extraktion (Entfernung eines Zahnes)
- einbringen von Füllungsmaterial/ Versiegelungsmaterial
- einbringen von Stahlkronen/ Lückenhaltern
- anwenden von Plaqueerkennungslösungen
- Fluoridierungsmaßnahmen
- Sedierungsmaßnahmen /Narkose/ Lachgas

In diesem Fall benötigen wir Ihre Zustimmung zu dieser Behandlung.

Selbstverständlich wird eine solche Behandlung sorgfältig und nur nach vorheriger Rücksprache und Aufklärung mit Ihrem Kind durchgeführt.

Bitte unterzeichnen Sie uns dieses Schreiben als Einverständniserklärung für diesen Behandlungsschritt.

Die neue Datenschutzverordnung gültig ab 25.05.2018, habe ich hiermit lt. Aushang in der Praxis zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen verbleibt

Ihre Kinderzahnarztpraxis  
Kidsdent

---

Datum

---

Unterschrift der Erziehungsberechtigten  
(beide Elternteile)