



DR. EICHENAUER
Fachzahnärztin für
Kieferorthopädie

Einverständniserklärung bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen vor dem ersten Behandlungstermin vollständig ausgefüllt mit!

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unsere Tochter / unser Sohn

Name des Kindes/ des Jugendlichen:

Geb. Datum:

Adresse (Straße, Nr., PLZ, Ort):

in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Johanna Eichenauer untersucht und behandelt wird.

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters

Darüber hinaus ermächtige ich

die Mutter (Name): _____

den Vater (Name): _____

alle hierfür notwendigen Entbindungen der Schweigepflicht vorzunehmen (auch andere Ärzte bzw. Therapeuten betreffend) und als **Ansprechpartner** in Bezug auf die kieferorthopädische Behandlung zu fungieren.

Unterschrift Sorgeberechtigter

Name des /der Unterzeichnenden:

Adresse (Straße, Nr., PLZ, Ort)

des Unterzeichnenden:

Telefonnummer des/der

Unterzeichnenden: _____

Während der kieferorthopädischen Behandlung anfallende **Kosten werden getragen von:**

Name des Rechnungsempfängers

Unterschrift des Rechnungsempfängers