



DR.EICHENAUER

Fachzahnärztin für  
Kieferorthopädie

## **Einverständniserklärung bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten mit gemeinsamem Sorgerecht**

*Bitte bringen Sie diesen Fragebogen vor Behandlungsbeginn vollständig ausgefüllt mit!*

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

**Name des Kindes/ des Jugendlichen:**

**Geb. Datum und Ort:**

**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 oder 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**

(wenn z.B. die Mutter als Ansprechpartner genannt ist, bitte hier die Unterschrift und im Folgenden die Kontaktdaten des Vaters bzw. umgekehrt)

\_\_\_\_\_  
**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**