



senzivo Zahnarztpraxis

**Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung für die Behandlung
sowie für die Röntgendiagnostik von Kindern und Jugendlichen**

Patient/in:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Gesetzliche/r
Vertreter/in:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Als gesetzlicher Vertreter erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein minderjähriges Kind im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung **untersucht** wird.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass mein minderjähriges Kind im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung **bei Bedarf** zu diagnostischen Zwecken geröntgt werden darf.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Röntgenaufnahmen ein besonders wichtiges Hilfsmittel zu Erkennung und Behandlung von Erkrankungen im Kieferbereich sind. Karies wird ohne Röntgenaufnahmen oft erst sehr spät erkannt, so dass prophylaktische Maßnahmen nicht mehr möglich und die Folge eine Kinderwurzelkanalbehandlung oder die Extraktion des Zahnes sind. Ebenso können Zähne im Rahmen einer Wurzelbehandlung ohne Röntgenaufnahmen nicht therapiert werden.

Sollte mein Kind zu einer der nachfolgenden Behandlungen ohne meine Anwesenheit erscheinen, darf dennoch die Einwilligung zur weiteren Behandlung von meiner Stelle aus unterstellt werden.

Ort, Datum

Gesetzl. Vertreter

Aufklärender Zahnarzt