

## Einverständniserklärung Behandlung minderjähriger Patienten

**DDC-Standort** \_\_\_\_\_

### Patientenangaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern,  
bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn ist folgende Behandlung notwendig:

- Röntgenaufnahmen
- Anästhesie
- Füllung der Zähne/ des Zahnes \_\_\_\_\_
  - Zement
  - dentinadhäsiv Kunststofffüllung
- Prophylaxemaßnahmen
  - Fissurenversiegelung von \_\_\_\_\_
  - Fluoridierung
- Wurzelkanalbehandlung von \_\_\_\_\_
- Entfernung des Zahnes \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich / Wir willige(n) ein, dass die oben angegebene, medizinisch notwendige  
Behandlung bei meinem/ unserem Kind durchgeführt werden darf.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter/in

**Domaniecki  
Dental Center GmbH**

Vierländer Damm 4  
20539 Hamburg  
T 040. 78 21 21  
info@ihrezahnaerzte.com  
www.ihrezahnaerzte.com

Amtsgericht Hamburg  
HRB 153559  
USt-IdNr.:DE322968235  
GF Frank Domaniecki

**E-Rechnung:**  
buchhaltung@ihrezahnaerzte.com

#### Standorte:

Vierländer Damm 2-4  
20539 Hamburg  
T 040. 78 21 21

Sievekingsdamm 57  
20535 Hamburg  
T 040. 21 68 29

Hasselbrookstr. 4  
22089 Hamburg  
T 040. 650 55 115

Fährstraße 11  
21107 Hamburg  
T 040. 75 84 45

Neuhöfer Str. 23/ Haus 5  
21107 Hamburg  
T 040. 75 70 72

August-Krogmann-Str. 205  
22159 Hamburg  
T 040. 64 32 332

Boltenhagener Str. 1  
22147 Hamburg  
T 040. 64 86 00 77

Halstenbeker Str. 78  
22457 Hamburg  
T 040. 57 00 27 28

Tangstedter Landstr. 502  
22851 Norderstedt  
T 040. 52 92 00 1

Berliner Damm 2 i  
25479 Ellerau  
T 04106. 62 06 20

Straße der DSF 5  
18528 Bergen auf Rügen  
T 03838. 22 27 6

Königsstraße 23b  
18528 Bergen auf Rügen  
T 03838. 40 32 090

**DDC Dental Labor:**

Herrmann-Buck-Weg 3  
22309 Hamburg