



# BERGER DENTAL

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE BEHANDLUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

### PATIENT\*IN

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

### GESETZLICHE\*R VERTRETER\*IN

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

Als gesetzliche\*r Vertreter\*in Ihrer Tochter/Ihres Sohnes wurden Sie bereits mündlich in unserer Praxis darüber aufgeklärt, dass bei Ihrem Kind eine Behandlung durchgeführt werden soll, die in Art und Umfang den Leistungsrahmen der kassenvertraglichen Leistungen überschreitet und daher privat liquidiert werden muss.

Ich, als gesetzliche\*r Vertreter\*in meines Kindes, erkläre mich mit der Durchführung der Behandlung einverstanden, nachdem ich im Rahmen der zahnärztlichen Aufklärungspflicht über den normalen Behandlungsablauf, den dafür erforderlichen zeitlichen Aufwand und über mögliche Risiken und Alternativen aufgeklärt wurde.

ORT, DATUM

GESETZLICHE\*R VERTRETER\*IN

**BERGER DENTAL**  
Moderne Zahnheilkunde

[www.bergerdental.de](http://www.bergerdental.de)

Bahnhofstraße 5  
71672 Marbach a. N.  
T 07144 81.88.90.0  
F 07144 81.88.90.9  
M [marbach@bergerdental.de](mailto:marbach@bergerdental.de)

Ringstraße 6/1  
71729 Erdmannhausen  
T 07144 343.63  
F 07144 378.62  
M [erdmannhausen@bergerdental.de](mailto:erdmannhausen@bergerdental.de)