

Einverständniserklärung

zur Durchführung zahnärztlicher Leistung durch das
Fachpersonal der **Zahnärztlichen Betreuung**.

Behandlungsauftrag und Einwilligung in eine zahnärztliche Behandlung
der/s Patientin/en _____

Hiermit willigt der/die Unterzeichner/in (Personenberechtigte/r) in die
Durchführung von notwendiger zahnärztlicher Behandlung einschließlich der
Erstellung aller diagnostisch notwendigen Unterlagen sowie therapeutischen
Maßnahmen ein.

Moderne zahnärztliche Behandlung bedarf Bereiche der Teamarbeit. Dabei
werden Teilleistungen (technische, weitgehend vereinfachte, risikoarme und
manuelle Handhabung) auch von aus- und fortgebildeten zahnmedizinischen
Assistentinnen nach vorheriger, individueller Anordnung durch den behandelnden
Zahnarzt und unter dessen Aufsicht, Überwachung und Kontrolle erbracht.

Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____

Berlin, den _____

Berlin, den _____

Patient/in

Personenberechtigte/r
