



DR. SONJA MÜNCH
ZAHNÄRZTINNEN
DR. ROSWITHA GRAF

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit bin ich einverstanden, dass für meine / n Tochter / Sohn

.....
Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum

falls medizinisch notwendig, folgende Leistungen erbracht werden:

- Röntgenbilder
- Füllungen
- Anästhesie

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift **Erziehungsberechtigter**