



ZAHNARZTPRAXIS  
DR. SONJA MÜNCH  
UND KOLLEGEN

## 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**