



Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

im Zuge der zahnärztlichen Untersuchung Ihres Kindes \_\_\_\_\_  
wurde eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt, welche Ihr Einverständnis erfordert:

- Röntgenbild des Zahnes/ der Zähne \_\_\_\_\_
- Anästhesie
- Versiegelung der kariesfreien großen Backenzähne
- Versiegelung der kariesfreien kleinen Backenzähne  
(Diese Behandlung wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen und muss privat in Rechnung gestellt werden. Die Kosten belaufen sich hierbei auf 15 Euro pro Zahn.)
- professionelle Zahnreinigung (PZR)  
(Diese Behandlung wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen und muss privat in Rechnung gestellt werden. Die Kosten belaufen sich auf \_\_\_\_\_ €.)
- Füllungen folgender Zähne: \_\_\_\_\_
- kieferorthopädische Behandlung

Wir bieten folgende Füllungstherapien an:

- \* Glasionomer-Zement (langzeitprovisorisch)
- \* Kunststoff (Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenkasse bis einschl. 15. Lebensjahr übernommen)

Ich/Wir wünsche/n folgende Behandlung für mein/unser Kind und erkläre/n mich/uns mit den evtl. entstehenden Mehrkosten einverstanden:

- Glasionomer-Zementfüllung
- Kunststofffüllung
- Versiegelung der kariesfreien großen Backenzähne
- Versiegelung der kariesfreien kleinen Backenzähne
- professionelle Zahnreinigung (PZR)
- Röntgenbild
- Anästhesie
- kieferorthopädische Behandlung

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_