

## EINWILLIGUNG in die Durchführung zahnärztlicher Behandlungen von

Name Patient: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### I. RECHTLICHE BETREUUNG

(Bitte folgende Fragen von der Pflegeeinrichtung ausfüllen lassen oder selbst ausfüllen)

1. Es liegt eine Betreuung im Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge oder ein Einwilligungsvorbehalt (§ 1903 BGB) vor:

ja     nein

2. Nur, wenn Punkt 1. bejaht wird:

\_\_\_\_\_  
Name des Betreuers

\_\_\_\_\_  
Anschrift und Telefonnummer

### II. EINWILLIGUNG IN DEN ZAHNÄRZTLICHEN HEILEINGRIFF

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name des/der oben aufgeführten Patient/Patientin bzw. Betreuer)

willige in die zahnärztliche Behandlung des/der Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin ein. Über die mit der Behandlung verbundenen eventuellen Risiken bin ich vor Behandlungsbeginn ordnungsgemäß aufgeklärt worden.

Es gilt die zahnärztliche Schweigepflicht, soweit ich die Zahnärztin nicht ausdrücklich davon entbinde. Die Regelungen des Datenschutzrechtes werden eingehalten.

Bei der Planung notwendig werdender prothetischer Arbeiten bitte ich zusätzlich folgende Vertrauensperson(en) einzubeziehen:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in oder gesetzliche/-r Betreuer/-in (Tel.Nr.)