

Bitte zum Anästhesiegespräch dringend mitbringen!

Zahnärztliche Behandlung in Narkose am Klinikum Passau

Einverständniserklärung zur Durchführung in Narkose

Bitte zutreffendes ankreuzen: **wir sind/ich bin**

_____ Erziehungsberechtigte(r) bei Kindern und Jugendlichen

Bei gemeinsamem Sorgerecht ist die Unterschrift beider Eltern nötig!

_____ Betreuer oder gesetzlichen Vertretern bei Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung.

_____ Erwachsenen mit einem **psychiatrischen Gutachten** (Hausarzt nicht erkannt)

Name des Patienten _____

Name der/des gesetzlichen Vertreters _____

Bei gemeinsamen Sorgerecht: 2. Name _____

Name des Hauszahnarztes _____

Hiermit wird die Einwilligung zur zahnärztlichen Behandlung des obigen Patienten in Narkose am Klinikum Passau durch den Patienten bzw. den/die gesetzlichen Vertreter erteilt.

Datum _____

Unterschrift(en) _____