



ELKE MEURER
ZAHNARZTPRAXIS BORBECK

Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit

- der röntgenologischer Untersuchung meiner Tochter/meines Sohnes
- der Behandlung des Zahnes/der Zähne
- der Entfernung eines Zahnes

Name des Kindes: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten