

Patientenerklärung zur zahnärztlichen Untersuchung

Name: _____ Vorname: _____

Hiermit wird das Einverständnis zu einer zweimal jährlichen, freiwilligen, zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gegeben.

Die Untersuchung führt unsere Kooperationszahnärztin Frau Dr. Kerstin Hewing durch.

Eine Weiterbehandlung durch den jeweiligen Hauszahnarzt wird dadurch nicht eingeschränkt.

Die zahnärztliche Untersuchung wird nach Absprache der jeweiligen Schichtleitung durchgeführt.

Name des Hauszahnarztes: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

BewohnerIn oder gesetzl. VertreterIn /
Bevollmächtigter