

Erklärung über das Sorgerecht 2. Sorgeberechtigter

Hiermit bestätige ich,

Name	Vorname	Geb.dat.
------	---------	----------

dass für mein Kind

Name	Vorname	Geb.dat.
------	---------	----------

ein gemeinsames Sorgerecht besteht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind weiterführende, über die einfache Kontrolluntersuchung hinausgehende, medizinisch notwendige Behandlungen durchgeführt werden. Dazu gehören auch individualprophylaktische Maßnahmen im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorge, z. B. Versiegelungen oder Fluoridierungen.

Für Behandlungs- bzw. Versorgungsalternativen, welche über die Kostenerstattung durch die Krankenkasse hinausgehen, erhalte ich entsprechende Vereinbarungen bzw. Kostenvorausrechnungen in schriftlicher Form. Diese bedürfen meinem Einverständnis vor Behandlungsbeginn gesondert.

Die beigegefügte Einverständniserklärung des 2. Sorgeberechtigten reiche ich unverzüglich, spätestens jedoch 3 Tage vor dem vereinbarten Anschlussstermin, nach.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei fehlender Erklärung über das Sorgerecht ein für mein Kind bereits reservierter Termin storniert wird und weitere Terminvergaben erst bei erfolgter Nachreichung möglich ist.

Die Erklärung über das Sorgerecht behält bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des o. g. Kindes uneingeschränkt ihre Gültigkeit, sofern sie nicht von einem der angegebenen Sorgeberechtigten oder dem Kind selbst widerrufen wird. Ein Widerruf bedarf immer der schriftlichen Form.

Ort, Datum

Unterschrift