

Einwilligungserklärung getrenntlebender Eltern in zahnmedizinischen Behandlungen bei Kindern

Elternteil 1:

wohnhaft in:

und

Elternteil 2:

wohnhaft in:

sind die sorgeberechtigten Eltern des Kindes:

geboren am:

Wir sind uns bewusst, dass unser Kind zahnmedizinische Behandlungen benötigt und wir beide als sorgeberechtigte Eltern die Verantwortung für die Zustimmung zu solchen medizinischen Eingriffen tragen.

In Anbetracht unserer getrennten Lebenssituation erklären wir hiermit gemeinsam unsere Einwilligung zu zahnmedizinischen Behandlungen für unser Kind. Wir sind uns einig, dass es im besten Interesse des Kindes liegt, die erforderlichen zahnärztlichen Maßnahmen ohne unnötige Verzögerungen durchzuführen, um die Gesundheit und das Wohlbefinden des Kindes zu gewährleisten.

Wir erklären hiermit Folgendes:

1. Wir haben die Notwendigkeit der zahnmedizinischen Behandlung für unser Kind verstanden und sind über die Art der vorgeschlagenen Behandlung sowie über potenzielle Risiken und Komplikationen informiert worden.
2. Wir erkennen an, dass wir beide als sorgeberechtigte Eltern die Verantwortung tragen, Entscheidungen im besten Interesse unseres Kindes zu treffen, auch im Hinblick auf medizinische Behandlungen.
3. Wir sind uns einig, dass wir im Falle von Meinungsverschiedenheiten bezüglich der vorgeschlagenen zahnmedizinischen Behandlung unser Bestes tun werden, um eine einvernehmliche Lösung zu finden, die dem Wohl des Kindes dient. Wir werden uns gegebenenfalls an einen Mediator oder an das zuständige Familiengericht wenden, um eine Entscheidung zu treffen.
4. Wir stimmen zu, dass wir den behandelnden Zahnarzt über unsere getrennten Wohnsituationen informieren und sicherstellen werden, dass beide Elternteile angemessen über den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung des Kindes auf dem Laufenden gehalten werden. Dies schließt die gemeinsame Zustimmung zu weiteren Behandlungen und Eingriffen ein, sofern dies erforderlich ist.
5. Wir sind uns bewusst, dass wir beide als sorgeberechtigte Eltern für die Begleichung der Kosten der zahnmedizinischen Behandlung verantwortlich sind und uns darum kümmern werden, diese angemessen zu teilen.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, dass wir die Bedeutung dieser Einwilligung verstanden haben und dass wir diese freiwillig und in Kenntnis der Sachlage abgeben.

Sorgeberechtigte(r) 1:

Datum, Unterschrift:

Sorgeberechtigte(r)2:

Datum, Unterschrift:

