



Einwilligung zur Einholung eines ärztlichen Konsils

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte/r Betreuer/in,

für die zahnärztliche Behandlung des unten benannten Patienten, kann die Einholung eines ärztlichen Konsils erforderlich sein.

Um mögliche Zeitverzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie deshalb bereits im Vorfeld, dieser Einholung zuzustimmen.

Angaben zum Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Angaben zum Bevollmächtigten (falls vorhanden):

Name	Vorname	Anschrift
------	---------	-----------

Mit untenstehender Unterschrift willige ich der Einholung des notwendigen Konsils ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Bevollmächtigter

Selbstverständlich stehen wir für offen gebliebene Fragen gerne zur Verfügung.

Für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis bedanken wir uns und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Ihr mobiles Praxisteam aus Gössenheim