

Einverständniserklärung bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten mit gemeinsamem Sorgerecht

Bitte bringen Sie den Fragebogen vor Behandlungsbeginn vollständig ausgefüllt mit!

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unser Sohn / unsere Tochter

Name des Kindes / des Jugendlichen:

Geburtsdatum & Ort:

vollständige Adresse:

.....

in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Juliane Nennemann untersucht und behandelt werden darf.

.....

Name der Mutter (in Druckbuchstaben)	Name des Vaters (in Druckbuchstaben)
--------------------------------------	--------------------------------------

.....

Leipzig, am	Unterschrift	Leipzig, am	Unterschrift
-------------	--------------	-------------	--------------

Während der kieferorthopädischen Behandlung anfallende Kosten werden getragen von:

.....

Name des Rechnungsempfängers Datum & Unterschrift des Rechnungsempfängers