OP-Einwilligung für zahnärztliche Eingriffe

Ich/mein Kind

Name/Vorname      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb. Datum      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wurde von Herrn/Frau Dr. med. dent.

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bezüglich des bevorstehenden zahnärztlichen Eingriffes und möglicher Risiken aufgeklärt.

Zum anstehenden Eingriff am Liechtensteinischen Landesspital habe ich keine weiteren Fragen.

Ort/Datum:

**Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unterschrift Dr. med. dent.:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Senden an Fax-Nr. 00423 235 45 42 oder E-Mail an** **anmeldung@landesspital.li**