

Kieferorthopäde – behandelnder Zahnarzt

.....

**EINWILLIGUNG DES MINDERJÄHRIGEN URTEILSFÄHIGEN PATIENTEN *
MIT DER VORGESCHLAGENEN BEHANDLUNG**

**Gemäss den Erklärungen die gegeben wurden :
mittels dem Honorarvertrag vom
und der
medizinischen Aufklärung vom**

Name des Patienten :

Vorname :

Geburtsdatum :

Ich bestätige hiermit, dass ich alle notwendigen Erklärungen erhalten habe, dass ich die Bedeutung und die Konsequenzen dieses medizinischen Eingriffes (das heisst der beschriebenen kieferorthopädischen Behandlung) verstehe und dass ich meine Einwilligung dazu gebe, die Behandlung wie im vorstehenden Honorarvertrag aufgeführt, vorzunehmen.

Unterschrift des obengenannten Patienten :

Ort und Datum :

**Gemäss gängiger Praxis wird ein Minderjähriger im allgemeinen im Alter von 12-16 Jahren, je nach Entwicklung des Kindes, als urteilsfähig angesehen (das Bundesgericht hat in einem konkreten Fall einem 13-jährigen Kind die Urteilsfähigkeit zugestanden, SBG 134 II 235)*