

# OP-Einwilligung für zahnärztliche Eingriffe

---

## **Ich/ mein Kind**

### **Angaben zum Patienten**

Name

Vorname

Geburtsdatum

### **Bitte bei Kindern erziehungsberechtigte Person angeben.**

Name

Vorname

Geburtsdatum

---

### **wurde von Frau/Herr Dr. med. dent.**

Ärztin/Arzt

**bezüglich des bevorstehenden zahnärztlichen Eingriffes und möglicher Risiken aufgeklärt. Zum anstehenden Eingriff am Landesspital Liechtenstein habe ich keine weiteren Fragen.**

### **Unterschriften**

Ort/ Datum

Patient/Erziehungsberechtigte Person

Ärztin/Arzt (Dr. med. dent.)

---

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an:  
[op-anmeldung@landesspital.li](mailto:op-anmeldung@landesspital.li) und [anmeldung@landesspital.li](mailto:anmeldung@landesspital.li).