

OP-Einwilligung für zahnärztliche Eingriffe

Formular zurücksetzen

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 und anmeldung@landesspital.li.