

---

Eugen Becker  
-Zahnarzt-  
Schelfengasse 3, 97332 Volkach  
Tel.: 09381-2944 / Fax: 09381-4755  
Email: praxis@zahnarzt-becker-volkach.de

---

## Einwilligung in zahnärztliche Behandlungen betreuter Personen

### Daten zur betreuten Person:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

### Versichertenstatus:

\_\_\_\_\_  
Gesetzlich versichert:

\_\_\_\_\_  
privat versichert:

**Von Zuzahlung befreit:**      **Ja**     **Nein**

Für Herrn/Frau \_\_\_\_\_ willige ich in zahnärztliche Behandlungen und regelmäßige Betreuung durch die **Zahnarztpraxis Eugen Becker** ein.

Maßnahmen, deren Bezahlung durch die Krankenkasse nicht gewährleistet ist, bedürfen meiner separaten Zustimmung.

### Name des Betreuers:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax/Email

Volkach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift