



## **Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung**

MVZ Munkelt Zahnarztpraxis GmbH  
Loburger Str. 2  
48653 Coesfeld  
Tel.-Nr. 02541 7677

Hiermit erkläre ich mich mit dem Abschluss der kieferorthopädischen  
Behandlung meiner Tochter / meines Sohnes

\_\_\_\_\_ einverstanden.

Der Anfertigung der dafür notwendigen Mittel (Abdrücke, Röntgenbilder und  
Fotos) stimme ich ebenfalls zu.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter