



Praxis für Zahn-, Mund- & Kieferheilkunde  
Dr. Markus Hoberg  
Zahnarzt / Oralchirurgie  
Am Gerbergraben 2b  
57439 Attendorn

---

**Einwilligungserklärung:**  
**Extraktion**

**Patient:**  
**Geburtstag:**

Hiermit bestätige ich, dass im Rahmen eines Vorgesprächs über die Indikation sowie der möglichen Risiken einer Zahnentfernung, informiert worden bin.

Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

---

Datum und Unterschrift des Patienten / d. entscheidungsberechtigten Zahlungspflichtigen