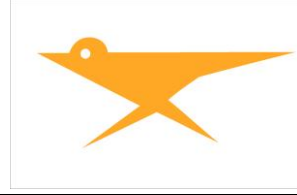


Zahnarztpraxis
Dr. Klaus Dohle
Hochstraße 36,
45894 Gelsenkirchen
Tel.: 0209/38 09 425/ 64 379 64
dr-klaus.dohle@t-online.de



>>>>Bitte alles ausfüllen<<<<

Einverständniserklärung zahnmedizinische Kontrolluntersuchungen (01/22)

Pflegeeinrichtung: WB _____ Zimmer _____

Patient (Name, Vorname) _____, _____

Gesetzlicher Vertreter (Name, Vorname) _____, _____

(Adresse) _____

(Telefonnummern) _____

(e-mail) _____

Die Untersuchungen werden in regelmäßigen Abständen in der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Zähne, Prothesen und Schleimhäute werden kontrolliert und auf Therapienotwendigkeit geprüft. Mit den Mitarbeitern der Einrichtung besprechen wir notwendige individuelle Pflegemaßnahmen. Für Prothesenträger empfehlen wir Maßnahmen, die der Gesundheit und Hygiene dienen. Einwilligungen und Nichteinwilligungen kann natürlich jederzeit widersprochen werden.

Prothesenreinigung, Politur und Desinfektion

Jede Prothese 30€. Diese Kosten entstehen leider immer bei gesetzlich Versicherten und fallen nicht unter eine mögliche Befreiung von Medikamentenzahlungen oder der Härtefallregelung. Prothesen sind potentielle Bakterienträger im Mund und begünstigen eine Vielzahl von schwerwiegenden Krankheitsverläufen.

¼-jährig ½-jährig jährlich keine

Bei Maßnahmen wie Reparaturen und Unterfütterungen, die zur Wiederherstellung oder Beibehaltung der medizinischen Funktionsfähigkeit von Prothesen dienen, werden wir einen Antrag oder Kostenvoranschlag stellen, der den gesetzlichen Vertreter erreichen wird. Die mögliche Zuzahlung steht vor der Behandlung fest. Der Vertreter kann frei entscheiden, ob er diese Behandlung wünscht.

Für „befreite Patienten“ entfallen hier häufig die Kosten.

Ich bin mit den zahnärztlichen Untersuchungen durch die Praxis Dr. Klaus Dohle einverstanden.

_____, den
Ort

Datum

Unterschrift Vertreter/Patient