

Zahnärztliche Betreuung im Alten- und Behindertenheim



Hiermit bitte ich,

Name des Patienten

Anschrift

Geb.-Datum

Die Zahnärztin / den Zahnarzt

Name

Anschrift

Telefon

künftig meine zahnärztliche Betreuung zu übernehmen. Die Betreuung umfasst prophylaktische und therapeutische Leistungen im jeweils notwendigen Umfang. Es gilt die ärztliche Schweigepflicht, soweit ich den Zahnarzt / die Zahnärztin nicht ausdrücklich davon entbinde. Die Anforderungen des Datenschutzes werden eingehalten.

Bei der Planung von notwendigen prothetischen Arbeiten bitte ich, zusätzlich folgende Vertrauenspersonen einzubeziehen:

Name

Anschrift

Telefon

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit zurückziehen; falls dies im Verlaufe einer zahnmedizinischen Therapie geschehen sollte, gelten für bereits erbrachte Leistungen die üblichen rechtlichen Bestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Betreuer (Tel. - Nummer)

Zahnärztliche Betreuung im Alten- und Behindertenheim



Hiermit bitte ich,

Name des Patienten

Anschrift

Geb.-Datum

Die Zahnärztin / den Zahnarzt

Name

Anschrift

Telefon

künftig meine zahnärztliche Betreuung zu übernehmen. Die Betreuung umfasst prophylaktische und therapeutische Leistungen im jeweils notwendigen Umfang.

Es gilt die ärztliche Schweigepflicht, soweit ich den Zahnarzt / die Zahnärztin nicht ausdrücklich davon entbinde. Die Anforderungen des Datenschutzes werden eingehalten.

Bei der Planung von notwendigen prothetischen Arbeiten bitte ich, zusätzlich folgende Vertrauenspersonen einzubeziehen:

Name

Anschrift

Telefon

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit zurückziehen; falls dies im Verlaufe einer zahnmedizinischen Therapie geschehen sollte, gelten für bereits erbrachte Leistungen die üblichen rechtlichen Bestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Betreuer (Tel. - Nummer)