



Seit 2017
empfohlener Zahnarzt
von FOCUS-Gesundheit

ZAHNARZT Kernen

Allgemeine Zahnmedizin

- ▶ Implantologie
- ▶ Parodontologie
- ▶ Inklusive Zahnmedizin

Dr. Guido Elsässer & Kolleg*innen
Schloßberg 35
71394 Kernen-Stetten
Tel. 07151/ 4 11 11
FAX 07151/4874384
info@zahnarzt-kernen.de
www.zahnarzt-kernen.de

Sehr geehrte(r) rechtliche(r) Betreuer(in) von _____

1. Grundsätzliches

Wer wir sind

Die Praxis wurde 1995 in Räumen des Gesundheitszentrums Kernen gegründet. Es ist eine freie Praxis für jedermann mit den kammerzertifizierten Tätigkeitsschwerpunkten „Prophylaxe“, „Implantologie“ und „Zahnmedizin für Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf“. Die Praxis ist auf die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung eingerichtet. Die Räume sind barrierefrei erreichbar. Wir arbeiten sehr eng mit den Ärzten des Gesundheitszentrums Kernen der Diakonie Stetten zusammen, sind aber keine Abteilung der Diakonie Stetten. Bestimmte Sprechzeiten sind für Patienten mit Behinderungen reserviert. Weitere Informationen über uns erfahren Sie im Internet unter www.zahnarzt-kernen.de oder Sie besuchen uns einfach.

Warum Einwilligungen notwendig sind

Falls Sie sich entscheiden, dass Dr. Guido Elsässer und Kolleg*innen die zahnärztliche Betreuung übernehmen soll, benötigen wir zu unserer rechtlichen Absicherung Ihr Einverständnis.

Grundsätzlich begrüßen wir es, wenn die rechtlichen Betreuer bei der Behandlung anwesend sind. Wir machen dies aber nicht zur Bedingung, da dies im Alltag nicht immer umsetzbar ist.

Häufig ist die Durchführung von Zahnarztbesuchen sehr mühsam. Um Therapieverzögerungen oder unnötige Praxisbesuche zu vermeiden, möchten wir die häufigsten Fragen zur zahnärztlichen Behandlung mit Ihnen vorab klären.

Selbstverständlich besprechen wir sämtliche Diagnosen und Therapiemöglichkeiten mit den Patienten selbst und beachten den Willen und die Interessen unserer Patienten. Diese Einverständniserklärung gilt nur für den Fall, dass der/die Betreute nicht selbst in die zahnärztliche Behandlung einwilligen kann.

Es erleichtert uns die tägliche Arbeit, wenn wir auch das Einverständnis der Betreuer vorliegen haben, weil es oft nicht einfach ist, die Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit abzuschätzen.

Es wird davon ausgegangen, dass die zahnärztliche Behandlung keine ärztliche Maßnahme ist, bei der Gefahr besteht, dass der/die Betreute stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Keine Betreuung

Falls keine Betreuung eingerichtet wurde und auch kein Betreuungsverfahren läuft oder geplant ist, sollte eine Vertrauensperson gemeinsam mit der/dem Betroffenen den Bogen besprechen. Bitte unterschreiben Sie dann beide.

Kinder/Jugendliche

Bei Minderjährigen unterschreiben bitte beide Sorgeberechtigte. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Unbefristete Gültigkeit

Die Einwilligungen gelten unbefristet. Sie können aber jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Beendigung der gesetzlichen Betreuung ist uns umgehend schriftlich mitzuteilen.

Umfang der Einwilligungserklärungen

Die Einwilligungserklärungen umfassen die Untersuchung und häufige kleinere zahnärztliche Behandlungen, wie z. B. Zahnsteinentfernungen, Zahnreinigungen, Füllungen oder Wurzelkanalbehandlungen und ggf. Röntgenaufnahmen der Zähne. Sie umfasst nicht die Einwilligung zu chirurgischen Eingriffen (z. B. Zahnentfernung), zur Herstellung und Eingliederung von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Prothesen), chirurgische Parodontalbehandlungen, Implantatversorgungen oder Behandlungen in Vollnarkose. Für diese Maßnahmen müssen Sie separate Einwilligungsformulare ausfüllen, die wir Ihnen, wenn eine entsprechende Behandlung notwendig werden sollte, vorab zukommen lassen.

Freie Arztwahl

Grundsätzlich gilt die freie (Zahn-)Arztwahl. D. h. Ihre/Ihr Betreute/r muss nicht unsere Zahnarztpraxis aufsuchen.

Aufsichtspflicht

Herr Dr. Elsässer und sein Team übernehmen keinerlei Aufsichtspflichten vor, während und nach der Behandlung. Dafür ist das zahnmedizinische Team nicht ausgebildet und auch zeitlich nicht in der Lage. Daher bitten wir, die Patienten nicht allein zu schicken.

Termine/Transport

Termine zur zahnärztlichen Untersuchung und ggf. Behandlung müssen von den Patienten selbst, Angehörigen oder Betreuungspersonen vereinbart werden. Gleiches gilt es für die Organisation von Transporten. Falls ein Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, BI oder H oder ein Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt, können wir ggf. Krankentransportbescheinigung ausstellen, die aber vorab von der Krankenkasse genehmigt werden müssen.

Erhöhtes Verletzungsrisiko

Bei der zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit Behinderung besteht ein erhöhtes Verletzungsrisiko. Scharfe, spitze oder rotierende Instrumente können bei unerwarteten Bewegungen der Patienten Verletzungen der Zähne, Knochen oder Weichgewebe (z. B. Zahnfleisch, Wange) verursachen. Kleinteile können geschluckt oder im schlimmsten Fall aspiriert werden (= in die Luftröhre gelangen).

Sedierung nur durch Ärzte

Wir führen als Zahnärzte keine Sedierungen (Gabe eines Beruhigungsmittels) selbst durch. Dies muss im Einzelfall von einem Arzt geschehen. Auch übernehmen wir keine Verantwortung für diese Begleittherapie. Eine Aufsicht der Patientin/des Patienten nach dem Eingriff kann nicht durch unsere Praxis erfolgen und muss durch Angehörige/Betreuende sichergestellt werden.

Prothesen bei Patienten mit Epilepsie oder einer Spastik

Prothesen können sich während eines epileptischen Anfalls oder extremen unkoordinierten Bewegungen lösen. Es wäre denkbar, dass unter ungünstigsten Umständen die Atemwege eingeengt oder Weichteile in der Mundhöhle verletzt werden könnten. Daher sollten Prothesen nachts aus dem Mund entfernt werden.

2. Einwilligungserklärungen

2.1. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung erheben und speichern wir personenbezogene Daten. Personenbezogene Daten sind z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2h) EU-DSGVO folgt. Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Guido Elsässer, Schloßberg 35, 71394 Kernen-Stetten, Email: info@zahnarzt-kernen.de und Telefon 07151/41111. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie ebenfalls unter der Praxisanschrift: Dr. Guido Elsässer, Schloßberg 35, 71394 Kernen-Stetten, datenschutz@zahnarzt-kernen.de und 07151/41111.

Die bei uns über Ihren Betreuten/Ihre Betreute gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrags erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe (z. B. unterstützende Personen) eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang. Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten.

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

2.2. Schweigepflicht begleitender Personen

Ich entbinde die Begleitpersonen von der Schweigepflicht in Dingen, die für die zahnärztliche Behandlung wichtig sind (z. B. Allgemeinerkrankungen, Medikamente, Gewohnheiten, Verhaltensauffälligkeiten, Lebensumfeld).

2.3. Schweigepflicht Wohneinrichtung

Ich gestatte der Wohneinrichtung, in der mein/e Betreute/r wohnt oder von der er betreut wird, personen-bezogene Daten, die für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen notwendig sind, zur Verfügung zu stellen (z. B. Auskünfte über den Versichertenstatus, Kontaktadressen zu Kostenträgern, Kopie des Betreuungsausweises, des Schwerbehindertenausweises, des Pflegegradbescheids, des Eingliederungshilfebescheids, aktuelle Wohnadresse).

2.4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde Herrn Dr. Elsässer und sein Team von der ärztlichen Schweigepflicht den Begleitpersonen gegenüber; ebenso gegenüber Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen.

2.5. Untersuchung

Ich bin einverstanden, dass mein/e Betreute/n zahnärztlich untersucht wird.

2.6. Röntgenbilder

Ich habe keine Einwände gegen das Anfertigen von Röntgenbildern der Zähne und der Kiefer, wenn es aus zahnmedizinischer Sicht angezeigt ist.

2.7. Prophylaxe

Ich bin einverstanden, dass prophylaktische (vorbeugende) Maßnahmen durchgeführt werden (z. B. Zahnsteinentfernung, Professionelle Zahnreinigungen, Fluoridierungen).

2.8. Füllungen

Ich bin einverstanden, dass kariöse Zähne, sofern sie aller Voraussicht nach mit einer Füllung versorgt werden können, ohne weitere Rücksprache behandelt werden. (Füllungsmaterial siehe unten)

2.9. Wurzelkanalbehandlungen

Ich bin einverstanden, dass bei Entzündungen des Zahnnervs, wenn es medizinisch angezeigt ist, ohne weitere Rücksprache eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt werden kann und versucht werden soll, den Zahn zu erhalten.

2.10. Dringliche Zahnentfernung

Ich bin einverstanden, dass sehr lockere Zähne, bei denen die Gefahr besteht, dass diese sich lösen und geschluckt werden, sowie nicht erhaltungswürdige Zähne, die starke Schmerzen oder eine akut bedrohliche Entzündung verursachen, ohne weitere Rücksprache entfernt werden dürfen.

2.11. Lokalanästhesie

Ich bin damit einverstanden, dass zu einer möglichst schmerzfreien Behandlung lokal eingespritzt werden darf (Spritze zur Betäubung der Zähne). Verbundene Risiken und Nebenwirkungen insbesondere im Unterkiefer sind mir bekannt.

2.12. Alle Zahnärzte

Die Einwilligungen gelten für alle in der Zahnarztpraxis tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. qualifiziertes Personal.

Finanzielles

Die zahnärztlichen Behandlungen werden so weit möglich mit den Krankenkassen über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet. Leider wird nicht alles von den Krankenkassen übernommen.

Deshalb möchten wir mit Ihnen vorab klären, wie wir bei häufig auftretenden Behandlungssituationen, die nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt werden, grundsätzlich vorgehen sollen.

3. Prophylaxe

Die „Zahnsteinentfernung“ (nicht Zahnreinigung!) wird von den Krankenkassen einmal jährlich bezahlt; falls Pflegebedürftigkeit oder Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX vorliegt zweimal jährlich. Auch der Zugang zu Parodontalbehandlungen wurde für Pflegebedürftige oder Eingliederungshilfeempfänger erleichtert.

Bitte senden Sie uns als Nachweis gegenüber der Krankenkasse eine Kopie des Pflegegrad-Bescheids oder Eingliederungshilfe-Bescheids.

Bei der „Zahnsteinentfernung“ werden lediglich die harten Beläge entfernt. Darüber hinaus sind bei Patienten mit eingeschränkter Zahnhygiene regelmäßige professionelle Zahnreinigungen (PZR) möglichst 2-3mal jährlich sinnvoll, um das Karies- und Parodontitisrisiko (Zahnfleisch- und Knochenschwund) zu verringern. Bei einer PZR werden auch die weichen Bakterienbeläge entfernt. Ebenso sollten Prothesen – falls vorhanden – regelmäßig hygienisch gereinigt und durch Politur von Zahnstein befreit werden. Prothesenreinigung sind keine Kassenleistung.

Mit einem „Ja“ auf Seite 6 bestätigen Sie, dass, wenn nötig und möglich professionelle Zahnreinigungen bzw. professionelle Prothesenreinigungen durchgeführt werden sollen und bestätigen dies mit nachfolgender Erklärung.

„Ich erkläre gemäß Patientenerklärung nach § 4 (5) BMV-Z bzw. § 7 (7) Ersatzkassenverträge:

Mir ist bekannt, dass Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung das Recht haben, unter Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich behandelt zu werden und dass Behandlungsmaßnahmen, die darüber hinaus gehen oder nicht im Leistungskatalog enthalten sind, nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet und seitens der Krankenkassen nicht erstattet werden dürfen.

Ich wurde über die ausreichend, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung informiert.

Ich wünsche ausdrücklich eine darüber hinaus gehende Versorgung als Privatpatient. Ich weiß, dass die Kosten für die Professionelle Zahnreinigungen (PZR) unter Zugrundelegung der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte werden (GOZ 1040) und verpflichte mich, Sorge zu tragen, dass die Rechnungen beglichen werden (je nach Aufwand zwischen 60,- und 120,- €, Stand 2023).“

4. Füllungsmaterial

Amalgam darf nicht mehr verwendet werden. Als Alternative (ohne Zuzahlung) werden selbstadhäsive Materialien auf Zementbasis (ohne Haftvermittler) von den Kassen übernommen.

Bei der Verwendung von Komposit (Kunststoff-Keramik-Mischung) mit Haftvermittler werden private Zuzahlungen notwendig.

Mit einem „Ja“ auf Seite 6 bestätigen Sie, dass Komposit (= Kunststoff-Keramik-Mischung mit Haftvermittler) als Füllungsmaterial verwendet werden soll sowie die nachfolgende Erklärung:

„Vereinbarung gemäß achtem SGB V Änderungsgesetz § 28 (2):

Ich bin über die bei Füllungstherapie ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinaus gehende Versorgung unter Zugrundelegung der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Ich verpflichte mich, Sorge zu tragen, dass die Mehrkosten, die durch die aufwendigere Behandlung außerhalb der Kassenrichtlinien entstehen, übernommen werden. Von den Kosten der gewählten Füllungstherapie verpflichtet sich der Zahnarzt, die Kosten der vergleichbaren preisgünstigsten Füllung (Sachleistung) in Abzug zu bringen. Mir ist bekannt, dass gegenüber der Krankenkasse keine weiteren Ansprüche auf Kostenübernahme geltend gemacht werden können. Die Mehrkosten betragen je nach Ausdehnung der Füllung (=Anzahl der Füllungsflächen) zwischen 45,- und 100,- € pro Füllung (Stand 2023).“

5. Reparaturen am Zahnersatz

Die Kosten für Reparaturen an Prothesen werden häufig nicht vollständig von den Kassen abgedeckt. Daher fallen oft Eigenanteile an, die vom Patienten selbst übernommen werden müssen.

Mit einem „Ja“ auf Seite 6 bestätigen Sie, dass reparaturbedürftige Prothesen bis zu einem maximalen Eigenanteil bis 200,- € ohne Rücksprache mit Ihnen repariert werden dürfen. Sie verpflichten sich, Sorge zu tragen, dass die Rechnungen beglichen werden.

Mit einem „Nein“ auf Seite 6 bestätigen Sie, dass Sie grundsätzlich jedes Mal vorab gefragt werden wollen, bevor Reparaturen am Zahnersatz eingeleitet werden.

6. Geplanter Zahnersatz

Beim Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) unterscheiden die Kassenrichtlinien Regelversorgungen und gleichartige bzw. andersartige Versorgungsformen. Regelversorgungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Greift die Härtefallregelung (nach § 55 Abs. 2 und 3 SGB V) sind für Regelversorgungen keine Zuzahlungen notwendig. Für gleichartige oder andersartige Versorgungsformen sind auch für Härtefälle meistens Eigenanteile zu zahlen, da die Kosten häufig den doppelten Festzuschuss der Krankenkassen überschreiten.

Die Erstellung von Heil- und Kostenplänen ist für uns mit sehr hohem Aufwand verbunden, der nicht von den Krankenkassen übernommen wird und für den wir bisher auch keine Gebühren berechnen. Daher möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie, falls Zahnersatz notwendig werden sollte, grundsätzlich nur eine Regelversorgung (ohne Eigenanteil) wünschen oder ob wir auch ggf. einen Heil- und Kostenplan für eine höherwertigere Versorgungsform erstellen sollen.

7. Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum (DZR)

Eigenanteile rechnen wir über das DZR ab. D. h. Sie bekommen die Rechnung nicht direkt von uns. Das DZR benötigt ebenfalls eine Einverständniserklärung (siehe Seite 5).

- ✓ Bitte senden Sie uns die letzte Seite (Seite 6) und
- ✓ die Erklärung für das DZR (Seite 5) unterschrieben zurück.
- ✓ Außerdem benötigen wir eine Kopie des Betreuerausweises und
- ✓ eine Kopie des Eingliederungshilfe-Bescheids oder Pflegegrad-Bescheids.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir ohne die vollständig ausgefüllten Einwilligungsbogen nur dann behandeln, wenn Sie persönlich bei der Behandlung anwesend sind.

Falls Sie Fragen haben, rufen Sie uns einfach an und vereinbaren einen Besprechungstermin mit uns.

Mit freundlichen Grüßen aus Stetten

Ihr Dr. Guido Elsässer und Team

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r
Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

☐ Elternteil** ☐ Betreuer/-in ☐ Ehegattin/-gatte

☐ oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende
Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils
abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH

Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

X

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in*
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

*bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel

Dr. Guido Elsässer
Schloßberg 35
71394 Kernen-Stetten
Tel. 07151/ 4 11 11
FAX 07151/4874384
info@zahnarzt-kernen.de
www.zahnarzt-kernen.de

Einverständniserklärungen für die zahnärztliche Behandlung von

Vor- u. Nachname _____ **geboren am** _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen und mit den nötigen Nachweisen an die Praxis zurückschicken. Besten Dank!

Ich wurde vom Betreuungsgericht als rechtliche/r Betreuer/in für oben genannte Person bestellt.

Meine Aufgabenkreise umfassen

☐ Gesundheitsangelegenheiten

☐ Vermögensangelegenheiten

Oben genannte Person ist einem Pflegegrad zugeordnet: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keinem

erhält Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX: ☐ ja ☐ nein,

hat einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen: _____

Ich habe die grundsätzlichen Erklärungen (1.) und Hinweise auch zum Datenschutz, sowie die Einwilligungserklärungen (2.1.-2.12.) gelesen und verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte auf ein persönliches Aufklärungsgespräch.

☐ Ich willige ein.

☐ Ich willige nicht ein.

☐ Es ist keine Betreuung eingerichtet. Die Erklärungen und Hinweise wurden besprochen und von oben genannter Person verstanden.

☐ Ich willige ein, aber mit folgender Einschränkung: _____

Ich habe die Hinweise zu möglichen Eigenanteilen gelesen und verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte auf ein persönliches Aufklärungsgespräch.

Ich bitte um folgendes Vorgehen:

3. Professionelle Zahnreinigungen/Prothesenreinigungen

☐ Ja, es sollen, wenn nötig und möglich professionelle Zahnreinigungen und/oder ggf. hygienische Prothesenreinigungen durchgeführt werden (Privatleistung).

☐ Nein, es soll nur der Zahnstein entfernt werden (Kassenleistung ohne Zuzahlung).

Das erhöhte Karies- und Parodontitisrisiko ist mir bewusst.

4. Füllungsmaterial

☐ Es soll Kunststoff als Füllungsmaterial verwendet werden (Kassenleistung mit Zuzahlung).

☐ Es soll Amalgam oder ein Zement als Füllungsmaterial verwendet werden (Kassenleistung ohne Zuzahlung).

5. Reparaturen am Zahnersatz

☐ Es sollen reparaturbedürftige Prothesen bis zu einem maximalen Eigenanteil bis 200,- € ohne Rücksprache mit mir repariert werden.

☐ Nein, ich möchte jedes Mal vorher gefragt werden.

6. Geplanter Zahnersatz

☐ Ich möchte, dass nur innerhalb der Regelversorgung geplant wird (ohne Zuzahlung).

☐ Ich möchte auch über höherwertigere Versorgungsformen informiert werden (mit Zuzahlung).

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Meine Kontaktdaten

Vorname, Nachname: _____

Anschrift: _____

Telefon tagsüber: _____ FAX: _____

eMail-Adresse: _____

Bitte mitschicken:

Kopie Betreuer-Ausweis & Eingliederungshilfe- od. Pflegegrad-Bescheid & Einwilligung DZR