

**C Fragen zu Ihrer Zahngesundheit:**

- Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?  ja  nein
- Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Heißes, Kaltes, Süßes oder Saures?  ja  nein
- Schmerzt oder knackt es im Bereich des Kiefergelenks?  ja  nein
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen im wachen oder schlafenden Zustand?  ja  nein
- Welche Mundhygiene-Hilfsmittel wenden Sie regelmäßig an?
- Zahnbürste
  - elektrische Zahnbürste
  - Zahnzwischenraumbürste
  - Mundspüllösungen
  - Fluoridierungsmittel

**D Allgemeines :**

Wodurch wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**E Erklärung des Patienten:**

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. **Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 h vorher abzusagen – (Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können, je nach Länge der Ausfalldauer, in Rechnung gestellt werden!)**

Meine Angaben und Daten werden elektronisch gespeichert, verarbeitet und ggf. weitergeleitet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die mir ausgehändigte Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO gelesen und zu haben und akzeptiere damit die Verwendung meiner Daten, wie beschrieben.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte/r \_\_\_\_\_

**F Zusatzerklärung für privat Krankenversicherte:**

- Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein
- Ist die Kostenerstattung Ihrer Krankenversicherung auf den Faktor von 1,7 begrenzt?  ja  nein

Die Vielfalt der verschiedenen Privatarife wie auch die Unterschiedlichkeit der Erstattungsmodalitäten durch die Beihilfestellen macht es uns unmöglich, eine 100%ige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle zuzusagen. Eine vorherige Abklärung der Erstattungsleistungen ist nur nach dem Erstellen eines - kostenpflichtigen - individuellen Kostenplanes möglich.

**Erklärung des Patienten:**

Mit der geplanten Behandlung und Übernahme der Kosten erkläre ich mich einverstanden. Mir ist bekannt, dass die Erstattung durch die Krankenkassen oder Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte/r \_\_\_\_\_

**Wir wollen, dass Sie sich bei uns sicher und wohl fühlen.**