



Einverständniserklärung

über die aufsuchende zahnärztliche Versorgung von Patienten.

Herr/Frau _____
Name Vorname Geburtsdatum

steht unter Betreuung:

- NEIN
 JA

ZU NEIN:

Hat der Patient keinen Betreuer, wird jedoch von Angehörigen unterstützt, muss uns Seitens des Patienten eine schriftliche Erklärung vorliegen, dass der/die Angehörige/n:

Name Vorname Straße Ort

Telefon/Mobil E-Mail-Adresse

Name Vorname Straße Ort

Telefon/Mobil E-Mail-Adresse

Name Vorname Straße Ort

Telefon/Mobil E-Mail-Adresse

die gleichen Rechte haben, wie der Patient selbst.

Mit meiner Unterschrift erteile ich o.g. Angehörige/n die gleichen Rechte, wie ich sie selbst als Patient habe:

Unterschrift Patient/in

ZU JA:

Der Patient hat einen gerichtlich bestellten Betreuer. In diesem Falle benötigen wir die Kontaktdaten des Bevollmächtigten:

Vor- und Zuname

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

Fax

E-Mail Adresse

Als Bevollmächtigter stimme ich der zahnärztlichen Betreuung meiner/s Anvertrauten zu. Über mögliche Folgebehandlungen bzw. eventuell entstehende Kosten werde ich vorab unterrichtet, um dann weitere Entscheidungen treffen zu können.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten (Betreuers)

Zur Vervollständigung unserer Unterlagen benötigen wir zusätzlich zur ausgefüllten und unterzeichneten Einverständniserklärung, die Sie bitte schnellstmöglichst an uns weiterleiten, folgende Unterlagen in Kopie:

- Betreuerausweis oder Vollmacht
- Bestätigung des Pflegegrades
- Ggf. Medikamentenliste, Allergiepass, Herzpass

Selbstverständlich stehen wir für offen gebliebene Fragen gerne zur Verfügung.

Für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis bedanken wir uns und verbleiben,

mit freundlichen Grüßen

Ihr mobiles Praxisteam aus Gössenheim