



Serviceleistungen unserer Praxis

- ▶ Um den rechtzeitigen Eintrag in Ihr Bonusheft kümmern wir uns gerne, indem wir Sie in Zukunft zum nächst fälligen Kontrolltermin anschreiben.

- Ja, ich möchte am Recall-Service teilnehmen.
 Nein, ich möchte nicht teilnehmen.

Datum

Unterschrift

- ▶ Da wir im Rahmen unseres Praxis-Service-Programmes vorbeugende Maßnahmen zur optimalen Zahngesundheit anbieten, haben Sie auch die Möglichkeit den Recall-Service auf die Termine der professionellen Zahnreinigung auszudehnen!

- Ja, ich möchte am erweiterten Recall-Service teilnehmen.
 Nein, ich möchte nicht teilnehmen.

Datum

Unterschrift

Information für gesetzlich versicherte Patienten

Im Rahmen der kassenzahnärztlichen Behandlung bin ich bei ihrer Behandlung gehalten, mich nach den Ausführungsbestimmungen des Gesundheitsreformgesetzes (GSG) und des Sozialgesetzbuches – Fünftes Buch (SGB-V9) – zu richten. Dort heißt es „Die zahnärztlichen Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“.

Durch das neueste Gesundheitsstrukturgesetz, das seit 01.07.97 gültig ist, sind weitere Einschränkungen im Behandlungsspektrum verfasst worden.

Die moderne Zahnmedizin bietet jedoch eine Fülle von weiteren Behandlungsmethoden an, mit denen hoher Qualitätsstandard, Ästhetik und Dauerhaftigkeit erreicht werden.

Zu diesen Kosten kann die Krankenkasse Zuschüsse gewähren!

Sie haben sogar die Möglichkeit, alle Vorzüge eines Privatpatienten für sich in Anspruch zu nehmen, wenn Sie das Modell der „Kostenerstattung durch die Krankenkasse“ nach §13 Abs. 2 (SGB V) wählen.

Erklärung über den Behandlungsumfang

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich versicherter Patient Anspruch auf eine Behandlung habe, die Kriterien „ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich“ erfüllt.

Ich wünsche nur Behandlungen, die über die Versichertenkarte bezahlt werden, und möchte auf keinen Fall Mehrkosten tragen.

Ich wünsche über weitere für mich in Frage kommende Behandlungsmethoden und die Kosten hierfür aufgeklärt zu werden.

Ich wünsche grundsätzlich eine Behandlung nach dem modernsten Stand und wähle deshalb die Kostenerstattung.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient(in)