

Anfrage an Betreuer, Familienangehörige oder Betreuungsbüros

Gemeinschaftspraxis
Dr. Steffenhagen/Hofmann
Alter Militärring 14
50933 Köln
Tel.:0221-4973278

Die Praxis ist mit einer zahnmedizinischen Fragestellung bei Patient*in

Name.....Vorname.....
Geb. Datum.....
wohnhaft:..... beauftragt worden.

Bevor wir eine Behandlung einleiten können, benötigen wir Ihre Einverständniserklärung.

Wenn Sie Fragen zum Vorgehen haben, melden Sie sich bitte unter der o.g. Tel. Nr., damit wir Ihre Fragen im persönlichen Gespräch erörtern können.

Wenn ein weiterer zahnärztlicher Kontakt von einem Vorbehandler gewünscht wird, vermerken Sie dieses bitte am Ende dieses Schreibens, wir werden Ihren Wunsch an die Stationsleitung weiterleiten.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, bei der/dem o.g. Patient*in, für den/die ich einen Betreuungsauftrag habe, eine zahnmedizinische Behandlung einzuleiten. Über kostenpflichtige Maßnahmen bei gesetzlich versicherten Patienten werde ich im Vorhinein informiert, alle anderen Maßnahmen werden nach Vorlage der Krankenversichertenkarte erbracht. Wenn die o.g. Person von der Zuzahlung befreit ist, werde ich den Befreiungsausweis der Praxis zur Verfügung stellen, damit diese bei kostenpflichtigen Leistungen eine gesamte Kostenübernahme seitens der Krankenkasse erwirken kann.

Bei privat versicherten Patienten verpflichte ich mich, die Rechnung bei der geeigneten Kostenerstattungsstelle einzureichen und den Rechnungsbetrag, wenn dieser unstrittig ist, zu begleichen.

Ich bin mit der Weitergabe persönlicher Daten einverstanden.

Betreuer für die o.g. Person: Name/Vorname.....
Anschrift.....

Datum, Unterschrift.....