

**Patientenerklärung für:**

Name, Vorname, Zimmernummer:

.....

.....

- Hiermit wird das Einverständnis zu einer zweimal jährlichen, freiwilligen, zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gegeben. Die zahnärztliche Untersuchung wird nach Absprache mit der Pflegedienstleitung durchgeführt.
- Um eine sofortige und unbürokratische Lösung bei Reparaturen oder Wiederherstellungen des vorhandenen Zahnersatzes zu gewährleisten, bin ich damit einverstanden, die hier anfallenden Kosten bis \_\_\_\_\_ Euro, ohne eine erneute Rücksprache zu übernehmen.
- Reparaturen oder Wiederherstellungen des vorhandenen Zahnersatzes, ohne vorherige Rücksprache, stimme ich nicht zu.
- Eine zahnärztliche Betreuung durch den Kooperationspartner (hier Praxis Dr. Schifferl und Simone Eibl) lehne ich ab.

Der für Sie zuständige Behandler und Ansprechpartner:  
Zahnärztin Frau S. Eibl

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

Bei Vollmacht/Betreuung bitte hier Name, Anschrift und Telefonnummer eintragen

.....

.....

.....  
Unterschrift des Bevollmächtigten