



Patient:

| | | |
|-------------------|------------------|-----------------------|
| _____ Nachname | _____ Vorname | _____ Geburtsdatum |
| _____ Straße | _____ PLZ | _____ Ort |

Mutter:

| | | |
|----------------------|---------------------|-----------------------|
| _____ Nachname | _____ Vorname | _____ Geburtsdatum |
| _____ Straße | _____ PLZ | _____ Ort |
| _____ Tel. Privat | _____ Tel. Mobil | _____ E-Mail |

Vater:

| | | |
|----------------------|---------------------|-----------------------|
| _____ Nachname | _____ Vorname | _____ Geburtsdatum |
| _____ Straße | _____ PLZ | _____ Ort |
| _____ Tel. Privat | _____ Tel. Mobil | _____ E-Mail |

Erziehungsberechtigt sind*: Beide Eltern Nur Mutter Nur Vater Sonstige Personen

Versichert über: Selbst Mutter Vater Gesetzlich Privat

Versicherung: _____ Zusatzversicherung: Ja Nein

Rechnung an*: Wenn getrennt lebend: Mutter Vater

Empfohlen / Überwiesen: Zahnarzt _____ Kinderarzt _____ Freunde Internet

Vereinbarung für Patienten mit Privat-, Basis-, Beihilfe-, Unfall- und Zusatzversicherungen:

Die zahnärztliche Behandlung von Kindern unterscheidet sich wesentlich von der Erwachsenenbehandlung. Für den bei der Behandlung von Kindern erhöhte Zeit-, Betreuungs- und Leistungsaufwand kann der 1-fache bis maximal 3,5-fache Satz (mit Begründung) der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOZ/GOÄ) angesetzt werden.

Ich wünsche für mein Kind eine kindgerechte Behandlung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und mir ist bekannt, dass der gesamte Rechnungsbetrag – innerhalb des o.g. Gebührenrahmens – auch dann zu begleichen ist, wenn der jeweilige Kostenträger (s.o.) nur einen Teil der Leistung erstattet.

Vereinbarung für Eltern, die eine Begleitperson beauftragen:

Ist es mir als Erziehungsberechtigten nicht möglich mein Kind selbst zur Behandlung zu begleiten und beauftrage ich damit eine Person meines Vertrauens (z.B. Oma, Schwester,...), so bevollmächtige ich hiermit diese Begleitperson alle die Behandlung und Diagnose betreffenden Entscheidungen zu treffen.

Vereinbarung für einen evtl. Behandlerwechsel:

Der Wunsch von einer bestimmten Zahnärztin behandelt zu werden, soll bitte bereits bei der Terminvereinbarung kommuniziert werden. In dringenden Fällen und bei Terminverschiebungen erkläre ich mich mit einem Behandlerwechsel einverstanden.

Diese Vereinbarungen gelten für die Dauer meiner Behandlung und bedürfen keiner Erneuerung vor jeder weiteren Konsultation. Jeder unterzeichnende Elternteil sichert hiermit ausdrücklich zu, ggf. mit umfassender Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten zu handeln.

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____ *Achtung: Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er zugleich, dass er in Kenntnis, Vollmacht und Einverständnis des anderen Elternteils handelt.