

EINWILLIGUNG IN EINE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG VON BETREUTEN PERSONEN

PERSÖNLICHE DATEN ZUR BETREUTEN PERSON

Anrede, Name, Vorname

Geburtsdatum/Geburtsort

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Ort

VERSICHERTENSTATUS:

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Von Zuzahlung befreit: Ja Nein

Welche Zusatzversicherung haben Sie? _____

Nach Befundaufnahme und Diagnosestellung sowie ausführlicher Therapieaufklärung willige ich für

Frau/Herr _____

in eine zahnärztliche Behandlung und regelmäßige Betreuung durch die Zahnmedizinisches Versorgungszentrum ZMK GmbH ein. Maßnahmen, deren Erstattung von vornherein nicht gewährleistet ist, bedürfen meiner separaten Zustimmung.

Um die Behandlung und Betreuung zu ermöglichen, reiche ich bei ZMK folgende Unterlagen ein:

Kopie der Bescheinigung zur Einstufung des Pflegegrades

• Kopie des Betreuerausweises oder der Generalvollmacht/Vorsorgevollmacht

PERSÖNLICHE DATEN ZUM BETREUER

Anrede, Vorname, Name

Geburtsdatum/Geburtsort

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Ort

Telefon, Fax, E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift