

Dr. med. dent. Angelika Typolt
Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Deidesheimer Straße 1 - 67127 Rödersheim-Gronau
Telefon: 06231-91235 - Telefax: 06231-4075896

Pat Nummer:.....

Pat.Name:.....

Dieses Formular (1) bitte unterschrieben in der Praxis abgeben!

Stand 1.1.23

Formular 1:

Aufklärung und Genehmigung der zahlungspflichtigen Mundhygienesitzung/ Prophylaxe mit PZR

Hier finden Sie die Erklärung zur dem von uns vorgeschlagenem Programm, was wir :
professionelle Zahnreinigung/ "Zahnputzschule"/ Gewöhnung an die Zahnarztbehandlung nennen.

Liebe Eltern,

Folgende zahnärztlichen Leistungen außerhalb der Kassenrichtlinien wurden für Ihr Kind empfohlen und sind privat zu zahlen.

1. **Gewöhnung an die Zahnbehandlung mit allen Sinnen.**
2. Erstellung eine Mundhygienestatus und eingehende Untersuchung zur Vorbeugung gegen Karies und Zahnfleischerkrankungen (Privatleistung unter 6 Jahren)
3. Entfernung der Plaque (weicher Zahnbelag) und Verfärbungen
4. Kontrolle und Nachreinigung
5. Ernährungsberatung und Kontrolle
6. Kontrolle des Übungserfolges
7. Beratendes und belehrendes Gespräch/ Anleitung zur Mundhygiene
8. Fluoridieren außerhalb der Kassenrichtlinien mit speziellen, geschmacksverbesserten Materialien / Lokale Fluoridierung
9. Aufklärung und Beratungsgespräch der Eltern mit individuellen Hilfsmitteln
10. Bei Versiegelung von Milchzähnen Laser Diagnostik, Verwendung eines Haftvermittlers und Anlegen eines Spanngummis
11. Termine in **kürzeren zeitlichen Abständen** als in den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen

Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über Sinn und Nutzen vorbeugender prophylaktischer Leistungen für mein Kind aufgeklärt worden.

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich Versicherter das Recht habe, unter Vorlage meiner Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Die vorgesehenen Leistungen gehören **nicht** zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V.

Ich möchte, dass mein Kind diese Leistungen als Privatpatient erhält und verpflichte mich, die anfallenden Kosten nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gemäß § 1/ 2 GOZ pro Mundhygienetermin selbst zu bezahlen in Höhe von:

ab 1.7.2020 nach Anzahl der Zähne nach GOZ 1040 mit 2,85 F Faktor: Pro Zahn 4,49 Eur (zB. bei 20 Zähnen: 89,90 EUR, Bei 24 Zähnen 108, bei 28 Zähnen 125,7 EUR)

Jeder Vertragspartner hat ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Rödersheim, den 1.2.2023 _____ (Unterschrift Zahnarzt)

(Ort) _____, den _____, _____ (Unterschrift Zahlungspflichtiger)

Dr. med. dent. Angelika Typolt
Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Deidesheimer Straße 1 - 67127 Rödersheim-Gronau
Telefon: 06231-91235 - Telefax: 06231-4075896

Pat Nummer:.....

Pat.Name:.....

Stand 1.1.23

Diese Seite ist für den Patient/ Erziehungsberechtigten bestimmt und kann von Ihnen behalten werden.

Formular 1:

Aufklärung und Genehmigung der zahlungspflichtigen Mundhygienesitzung/ Prophylaxe mit PZR

Hier finden Sie die Erklärung zur dem von uns vorgeschlagenem Programm, was wir :
professionelle Zahnreinigung/ "Zahnputzschule"/ Gewöhnung an die Zahnarztbehandlung nennen.

Liebe Eltern,

Folgende zahnärztlichen Leistungen außerhalb der Kassenrichtlinien wurden für Ihr Kind empfohlen und sind privat zu zahlen.

1. Erstellung eine Mundhygienestatus und eingehende Untersuchung zur Vorbeugung gegen Karies und Zahnfleischerkrankungen (Privatleistung unter 6 Jahren)
2. Entfernung der Plaque (weicher Zahnbelag) und Verfärbungen
3. Kontrolle und Nachreinigung
4. Ernährungsberatung und Kontrolle
5. Kontrolle des Übungserfolges
6. Beratendes und belehrendes Gespräch/ Anleitung zur Mundhygiene
7. Fluoridieren außerhalb der Kassenrichtlinien mit speziellen Schienen und speziellen, geschmacksverbesserten Materialien / Lokale Fluoridierung
8. Aufklärung und Beratungsgespräch der Eltern mit individuellen Hilfsmitteln
9. Bei Versiegelung von Milchzähnen Laser Diagnostik, Verwendung eines Haftvermittlers und Anlegen eines Spanngummis
10. Termine in **kürzeren zeitlichen Abständen** als in den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen.
11. **Gewöhnung an die Zahnbehandlung mit allen Sinnen.**

Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über Sinn und Nutzen vorbeugender prophylaktischer Leistungen für mein Kind aufgeklärt worden.

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich Versicherter das Recht habe, unter Vorlage meiner Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Die vorgesehenen Leistungen gehören **nicht** zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V.

Ich möchte, dass mein Kind diese Leistungen als Privatpatient erhält und verpflichte mich, die anfallenden Kosten nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gemäß § 1/ 2 GOZpro Mundhygienetermin selbst zu bezahlen in Höhe von:

ab 1.7.2020 nach Anzahl der Zähne nach GOZ 1040 mit 2,85 F Faktor: Pro Zahn 4,49 Eur (zB. bei 20 Zähnen: 89,90 EUR, Bei 24 Zähnen 108, bei 28 Zähnen 125,7 EUR)

Jeder Vertragspartner hat ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Rödersheim, den 1.2.2023 8 _____ (Unterschrift Zahnarzt)

(Ort) _____, den _____, _____ (Unterschrift Zahlungspflichtiger)