

Praxisorganisation / Aufklärung über Therapiealternativen Implantatbehandlung

Name des Patienten _____

Behandler _____

3																	
2																	
1																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
1																	
2																	
3																	

Ausführung:

- Verblendkeramik
- Vollkeramik
- Kunststoff
- Edelmetall
- Hochgoldhaltige Legierung
- Nichtedelmetall



Zusätzlich notwendige Leistungen:

- Implantation regio _____
- Augmentation regio _____
- Sinuslift regio _____
- Funktionsanalyse / -therapie
- Professionelle Zahnreinigung
- sonstiges _____



Für diese Leistungen kann auf Wunsch ein kostenpflichtiger Heil- und Kostenplan erstellt werden

- Ich wünsche – nach eingehender Aufklärung meines Behandlers- einen kostenpflichtigen Heil- und Kostenplan.***
- Ich verzichte auf einen zusätzlichen Heil- und Kostenplan.***

Patientenerklärung

Nach ausführlicher Aufklärung und Beratung entscheide ich mich für die Versorgungsvariante Nummer ____.

Des Weiteren bin ich über alle Vor- und Nachteile der Behandlung, Therapiealternativen, inklusive der Regelversorgung, Behandlungsrisiken und Folgen der Nichtbehandlung von meinem Zahnarzt umfangreich aufgeklärt wurden.

Zudem wurden mir alle diesbezüglichen Fragen verständlich erläutert.

Eine Kostenübernahme durch etwaige Kostenerstattungsstellen wird nicht gewährleistet.

Ein Duplikat wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten