

Bewohner: _____

Wohnbereich: _____

Zimmer: _____

Einverständniserklärung für zahnmedizinische Behandlungen

Geltungsbereich Stationäre Pflegeeinrichtung

Mit dieser Einverständniserklärung, stimme ich zu, dass ich von der Zahnarztpraxis ZMVZ Warnemünde GmbH, zahnmedizinisch betreut versorgt und behandelt werden möchte.

Leistungen der Praxis:

- Umfangreiche Erstuntersuchung
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Früherkennung
- Prophylaxe von Karies und Zahnfleischerkrankungen
- Parodontitisnachsorge
- Wurzelbehandlungen
- Reparaturen von Prothesen
- Hochwertige Prothetik: komplexe Totalsanierung, kombiniert herausnehmbarer und festsitzender Zahnersatz, herausnehmbarer Zahnersatz
- Aufklärung zu Inhalt und Abläufen von Heil- und Kostenplänen

Gleichzeitig erlaube ich der Seniorenresidenz „Am Warnowschlösschen“ meine personenbezogenen Daten an die Praxis weiterzugeben.

Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit widerrufen.

Ich möchte die zahnmedizinische Behandlung über den Kooperationspartner der Seniorenresidenz „Am Warnowschlösschen“ durchführen:

ja nein

Rostock, den _____

Bewohner/in

Angehörige/r

Betreuer/in