

Dr. Romana Leutner-Salize: Behandlungsplan Zahnschema und Einverständniserklärung

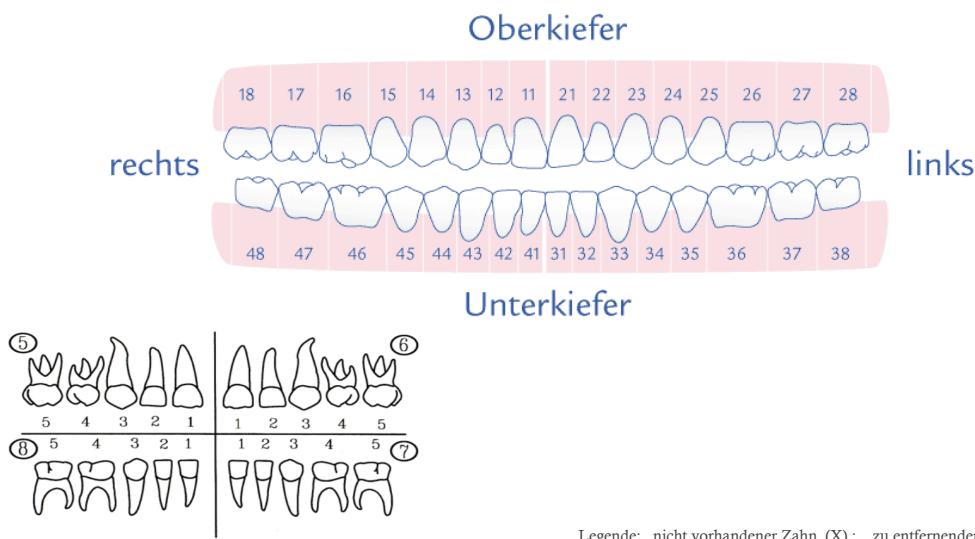
Patient:

SV-Nummer und Geburtsdatum:

FA f. Zahn-, Mund und Kieferheilkunde

Ordination:
Hafenstraße 23/3, 3500 Krems
Tel. und Fax: 02732 74197
mail: kieferortho@leutner.info

Montag bis Donnerstag, nach Vereinbarung
ALLE KASSEN



Legende: nicht vorhandener Zahn (X) ; zu entfernender Zahn (E) ; Füllungen (F), Wurzelbehandlung (WB)

Bitte folgende Einverständniserklärung lesen

und verbindlich ankreuzen

ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN,

a) daß im Seitzahnbereich Amalgamfüllungen gemacht werden.

JA C

NEIN O

b) daß medizinisch notwendige Änderungen oder Erweiterungen der Therapie

JA C

NEIN O

wenn Rückfragen nicht möglich bzw. zum Nachteil der PatientInnen sind.

JA C

NEIN O

ICH BIN IN DER LAGE. begonnene Wurzelbehandlungen im Wachzustand fertig

JA 9

NFIN 0

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die Aufklärung verstanden habe und keine weiteren, von der Zahnbehandlerin unbeantworteten Fragen zur gegenwärtigen Behandlung habe.

Bei Kindern und Jugendlichen übernimmt die/ der gesetzliche Vertreter (Erziehungsberechtigte(r)) die Entscheidungsverantwortung.