

Aufklärung über Zuzahlungen bei gesetzlich versicherten Patienten (Teil 1)

Ihre optimale Versorgung nach den neusten medizinischen Standards und genügend Zeit für jeden Patienten/in hat für uns oberste Priorität.

Folgende Positionen unserer Behandlungsprotokolle werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

Diese Leistungen werden privat in Rechnung gestellt (nach GOZ). Sie erhalten dafür einen Kostenvoranschlag.

Wurzelkanalbehandlungen	Füllungen	Schientherapie	Privatleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elektronische Längenmessung des Kanals ✓ Maschinelle Aufbereitung des Kanals ✓ Verwendung von Nickel-Titan-Feilen (Einweg) ✓ Desinfektion des Kanals durch ein mehrteiliges Spülprotokoll ✓ Behandlung unter optischer Vergrößerung (Lupenbrille) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verwendung von hochwertigen Kompositen, in Mehrschichttechnik ✓ Breites Spektrum an Zahnfarben für ein optisch anspruchsvolles Ergebnis ✓ Säure-Ätz-Technik (verbesserter Halt) ✓ Mehrteiliges Matrizen-System ✓ 2 Jahre Garantie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bissregistrator für eine funktionelle Okklusion 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zahnreinigungen ✓ Implantate ✓ Ästhetische Eingriffe (Bleaching, Zahnumformungen, Veneers, Steinchen)

Aufklärung über Berechnung eines Ausfallhonorars bei versäumten Terminen (Teil 2)

Wir sind eine reine Bestellpraxis, d.h. der vereinbarte Zeitraum eines Termins ist ausschließlich für Sie reserviert. Dies ermöglicht uns eine effiziente Planung und möglichst kurze Wartezeiten.

Termine müssen mindestens 24 Stunden vor Beginn abgesagt werden. Wenn Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns die Option vor Ihnen dies privat in Rechnung zu stellen, der Betrag ist:

- 35 Euro pro halbe Stunde vereinbarten Termin -

Sie können Termine telefonisch, per E-Mail oder SMS/Whatsapp absagen. Alle Kontaktdaten sind auf Ihrem Terminzettel und unserer Homepage.

Wir danken für Ihr Verständnis!

☒ **Ich habe alle obigen Informationen (Teil 1 und 2) zur Kenntnis genommen (für privat Versicherte nur Teil 2). Ich akzeptiere das Ausfallhonorar.**

Vorname:

Nachname:

Rastede, den

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter (m,w,d)