A C H T U N G !

ALLGEMEINER HINWEIS

**für die**

**VERWENDUNG DES NACHFOLGENDEN FORMULARS**

**Bei der Verwendung des nachfolgenden Formulars ist Folgendes zu beachten:**

* **Die grau hinterlegten Felder sind Platzhalter oder Auswahlfelder. Bei Auswahlfeldern öffnet sich nach einem Doppelklick das Menü, in dem dann der gewünschte Text ausgewählt werden kann.**
* **Das Formular entbindet nicht von der Verpflichtung auch während der Behandlung immer wieder die kalkulierten Kosten zu überprüfen und bei absehbaren Überschreitungen den Patienten zeitnah darüber in Kenntnis zu setzen.**
* **Für den Fall, dass eine Behandlung erst nach mehr als einem Jahr nach der Erteilung der Kosteninformation begonnen wird, sollte vor Beginn der Behandlung eine erneute Kosteninformation erfolgen.**
* **Dem Patienten muss eine Abschrift dieser Kosteninformation ausgehändigt werden. Die Unterschrift des Patienten ist durch Gesetz nicht vorgeschrieben. Es kann daher die Kosteninformation auch ohne Unterschrift des Patienten erfolgen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patient: |  | Praxis: |

**Information über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung für gesetzlich versicherte Patienten**

Sehr geehrte/geehrter Frau/ Herr      ,

für die bei Ihnen geplante Behandlung sehen die Verträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungen nur in Teilbereichen eine Kostenübernahme vor. Daher entstehen Ihnen durch diese Behandlung privat zu zahlende Kosten. Soweit Sie eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen haben, kann je nach individuell abgeschlossenem Tarif durch diese eine zusätzliche Erstattung erfolgen. Dies sollten Sie möglichst im Vorfeld der Behandlung abklären.

Sie haben von uns bereits detaillierte Kostenvoranschläge erhalten. Nach diesen werden voraussichtlich die unten aufgeführten Kosten entstehen. Wir weisen aber darauf hin, dass sich auch bei sorgfältiger Planung der Behandlungsverlauf und damit die Kosten ändern können. Wir werden Sie in diesen Fällen selbstverständlich zeitnah darüber informieren.

***Prothetische Maßnahmen :***

***Funktionsanalytische/-therapeutische Maßnahmen:***

***Implantation:***

***Zusätzliche chirurgische Maßnahmen:***

***Zahnerhaltung:***

***Parodontologie:***

***Voraussichtlicher privater Gesamteigenanteil:***

Wir weisen darauf hin, dass die Kosteninformation von uns mit großer Sorgfalt vorgenommen wurde. Im Laufe der Behandlung können jedoch unvorhersehbare Behandlungsmaßnahmen erforderlich sein, die zu einer Abweichung führen können. Wir werden Sie in diesen Fällen selbstverständlich zeitnah darüber informieren und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen.

Wenn Sie weitere Fragen zur geplanten Behandlung haben, vereinbaren Sie bitte einen Besprechungstermin! **Für Ihre Unterlagen erhalten Sie eine Abschrift dieser Information.**

**HINWEIS**: Diese Kosteninformation wurde auf der Grundlage der aktuellen Preise kalkuliert und ist längstens für einen Zeitraum von 1 Jahr gültig.

     , den      .

.............................................................

Unterschrift