

Merkblatt Erstbesuch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, die folgenden Anmerkungen zu beachten.

Diese sollen Ihrer Sicherheit und einem hohen Behandlungskomfort dienen.

Spritzen zur Lokalanästhesie können, ebenso wie Schmerz- oder Beruhigungstabletten, die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Deshalb sollten Sie weder ein Kraftfahrzeug noch ein Kraft- oder Fahrrad in einem Zeitraum von 3 Stunden nach der Behandlung führen, wenn Sie eine Anästhesie oder Tabletten erhalten haben. Auch beim Einsatz von Dormikum (Medikament für Dämmerschlaf) sollten Sie sich nach Möglichkeit nach der Behandlung abholen lassen.

Wir führen die Praxis als organisierte Bestellpraxis, das bedeutet, dass wir den für Sie reservierten Termin exklusiv vereinbaren. Dies hat für Sie den Vorteil von geringen Wartezeiten und genügend Zeit für Ihre Betreuung und Behandlung ohne Stress und ohne Hektik. Sollte es in Ausnahmefällen, z.B. durch das „Einschieben“ eines Schmerzpatienten, zu einer Verzögerung Ihres Termins kommen, so werden wir versuchen Sie rechtzeitig zu informieren. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, so möchten wir Sie bitten, diesen Termin rechtzeitig (ideal sind zwei Tage vorher) zu stornieren. Nicht stornierte Termine, bzw. nicht wahrgenommene Termine erlauben wir uns in begründeten Fällen als Ausfallkosten in Rechnung zu stellen. Prophylaxe- Termine bestätigen wir Ihnen in der Regel einen oder wenige Tage vor der Behandlung (Recall). Falls Sie diesen Service nicht in Anspruch nehmen möchten, teilen Sie dies bitte unserer Rezeption mit.

Über mögliche anfallende Zusatzinvestitionen im Rahmen Ihrer Behandlung werden Sie je nach Umfang mittels eines schriftlichen Plans oder in einem mündlichen Aufklärungsgespräch vor der Behandlung aufgeklärt.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen sollten bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn Ihre Krankenversichertenkarte bei uns abgegeben haben. Anderenfalls müssen wir Ihre Behandlung privat in Rechnung stellen.

Ich habe dieses Merkblatt gelesen und verstanden und hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, welche sich während der Behandlung ergeben, meinem Zahnarzt mitzuteilen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____