

Zahnärztliche Betreuung Mainzer Alten-und Wohnheim

Hiermit bitte ich,

(Name des Patienten) (Anschrift) (Geburtsdatum)

Die Zahnärztin / den Zahnarzt

Zahnarztpraxis Widmer

Schusterstraße 50, 55116 Mainz

06131-22 04 33

(Name) (Anschrift) (Telefon)

künftig meine zahnärztliche Betreuung zu übernehmen. Die Betreuung umfasst prophylaktische und therapeutische Leistungen im jeweils notwendigem Umfang. Es gilt die ärztliche Schweigepflicht, soweit ich den Zahnarzt / die Zahnärztin nicht ausdrücklich davon entbinde. Die Anforderungen des Datenschutzes werden eingehalten.

Bei der Planung von notwendigen prothetischen Arbeiten bitte ich, zusätzlich folgende Vertrauenspersonen einzubeziehen:

(Name) (Anschrift) (Telefon)

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit zurückziehen, falls dies im Verlaufe einer zahnmedizinischen Therapie geschehen sollte, gelten für bereits erbrachte Leistungen die üblichen rechtlichen Bestimmungen.

(Ort, Datum) (Unterschrift Patient / gesetzlicher Betreuer (Tel. – Nummer))