Zentrum für Zahnheilkunde
Dr.Loitz
Dr.Schröder-Loitz
IMPLANTOLOGIE
ZAHNERSATZ AUS IN- UND AUSLAND
ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE

Bahnhofstraße 7
26180 Rastede

04402/84423
04402/84624
praxis@dr-loitz.de
termine@dr-loitz.de
www.dr-loitz.de
fb.com/drloitz

Aufklärung über Zuzahlungen bei gesetzlich versicherten Patienten

Liebe/r Patient/in,

Ihre optimale Versorgung nach den neusten medizinischen Standards hat für uns oberste Priorität. Wir möchten uns jedem Patienten individuell widmen und uns die Zeit nehmen, die eine bestmögliche Behandlung zulässt.

In vielen Fällen wird dabei die Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) den Ansprüchen an eine optimale zahnärztliche Versorgung nicht gerecht. Einige Beispiele für Leistungen in unserer Praxis, die über eine zweckmäßige Versorgung nach GVK-Katalog hinausgehen, sind unter anderem z.B.:

Wurzelkanalbehandlungen	Füllungen	Schienentherapie	Privatleistungen
✓ 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)	✓ 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	✓ Bissregistrat für eine funktionelle Okklusion	✓ Zahnreinigungen ✓ Implantate ✓ Ästhetische Eingriffe (Bleaching, Zahnumformungen, Veneers, Steinchen)

<u>Um unseren selbst gesetzten Standards gerecht zu werden, nehmen wir für diese Leistungen eine Zuzahlung</u> (nach GOZ). Sie erhalten in diesem Fall einen individuell abgestimmten Kostenvoranschlag.

Dieser Betrag errechnet sich aus den verwendeten Materialien sowie dem jeweiligen Arbeitsaufwand der Behandlung. Private Zusatzversicherungen übernehmen diese Kosten eventuell nicht. Unvorhersehbare Veränderungen, die während der Behandlung eintreten (Verlängerung des Zeitaufwandes, Änderung der Behandlungsmethode), können zu Veränderung des Betrages führen. Alle Leistungen, die bereits durch die GKV gedeckt sind, werden selbstverständlich über Ihre jeweilige Kasse abgerechnet. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Team oder Ihren behandelnden Zahnarzt.

Vorname:

Nachname:

Rastede, den

_____
Unterschrift des Patienten

Bitte zweite Seite beachten! →

Zentrum für Zahnheilkunde
Dr.Loitz
Dr.Schröder-Loitz
IMPLANTOLOGIE
ZAHNERSATZ AUS IN- UND AUSLAND
ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE

Bahnhofstraße 7
26180 Rastede

04402/84423
04402/84624
praxis@dr-loitz.de
termine@dr-loitz.de
www.dr-loitz.de
fb.com/drloitz

Aufklärung über Berechnung eines Ausfallhonorars bei versäumten Terminen

Liebe/r Patient/in,

wir sind eine reine Bestellpraxis, d.h. der vereinbarte Zeitraum eines Termines ist ausschließlich für Sie reserviert. Dies ermöglicht uns eine effiziente Planung und möglichst kurze Wartezeiten. Leider kommt es manchmal vor, dass Patienten Ihre Termine versäumen, ohne abzusagen oder Ihre Termine nur sehr kurzfristig absagen.

Wir bitten Sie Ihre Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wenn Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns die Option vor Ihnen dies privat in Rechnung zu stellen.

Die Berechnung von einem Ausfallhonorar bei versäumten Terminen ist rechtlich erlaubt und durch viele Amts- und Landesgerichte per Präzedenz-Urteil legitimiert. Gerichtlich wird eine Summe vom 35-50 Euro je halbe Stunde Arbeitsausfall als angemessen angesehen.

Auf Ihren Terminkärtchen wird die Länge Ihres geplanten Termins vermerkt, damit die Länge des Termins für Sie nachvollziehbar ist. **Sie können Termine am einfachsten per E-Mail (termine@dr-loitz.de) oder auch telefonisch (04402-84423)** absagen oder verschieben. Bei Fragen sprechen Sie und gerne an.

Wir danken für Ihr Verständnis!

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir bei Nichteinhaltung zukünftiger Termine ohne triftigen Grund eine private Leistung von mindestens 35 Euro je 30 Minuten in Rechnung gestellt werden können, und erkläre mich damit einverstanden.

Vorname:

Nachname:

Rastede, den

_____
Unterschrift des Patienten