

**Dr. Romana Leutner-Salize: Behandlungsplan**  
Zahnschema und Einverständniserklärung

Patient:

SV-Nummer und Geburtsdatum:

FA f. Zahn-, Mund und Kieferheilkunde

Ordination:

Hafenstraße 23/3, 3500 Krems

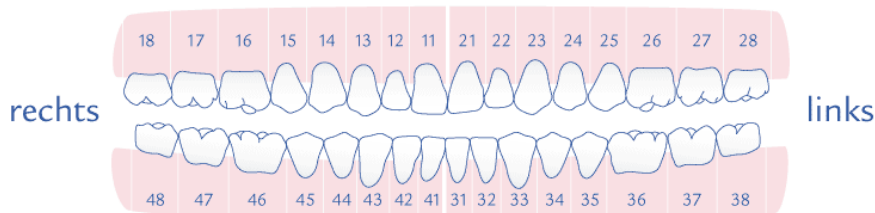
Tel. und Fax: 02732 74197

mail: kieferortho@leutner.info

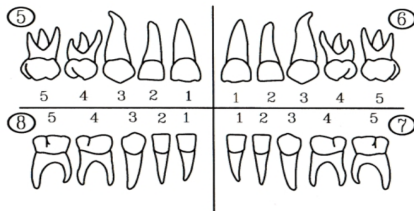
Montag bis Donnerstag, nach Vereinbarung

ALLE KASSEN

**Oberkiefer**



**Unterkiefer**



Legende: nicht vorhandener Zahn (X) ; zu entfernender Zahn (E) ; Füllungen (F), Wurzelbehandlung (WB)

Bitte folgende Einverständniserklärung lesen

und verbindlich ankreuzen

ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN,

a) daß im Seitenzahnbereich Amalgamfüllungen gemacht werden.

JA  NEIN

b) daß medizinisch notwendige Änderungen oder Erweiterungen der Therapie

von der Zahnbehandlerin dann ohne Rückfrage entschieden/ gemacht werden,

JA  NEIN

wenn Rückfragen nicht möglich bzw. zum Nachteil der PatientInnen sind.

ICH BIN IN DER LAGE, begonnene Wurzelbehandlungen im Wachzustand fertig

stellen zu lassen. (wenn NEIN angekreuzt wird, muß der Zahn gezogen werden)

JA  NEIN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die Aufklärung verstanden habe und keine weiteren, von der Zahnbehandlerin unbeantworteten Fragen zur gegenwärtigen Behandlung habe.

Bei Kindern und Jugendlichen übernimmt die/ der gesetzliche Vertreter (Erziehungsberechtigte(r)) die Entscheidungsverantwortung.

.....  
Datum: Krems, am

.....  
PatientInnenunterschrift (Pat. Ab dem 14. Lebensjahr)

.....  
Unterschrift d. gesetzlichen Vertreters (bei Pat. unter dem 18Lj.)

© R.Leutner IV/2013