

Dr. Romana Leutner-Salze
Fachärztin, Kassenverträge für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
und für Kieferorthopädie
Ordination Hafenstraße 23/3
3500 Krems

Kieferorthopädie (KFO) - Revers

Patienten-DATEN: Vorname, Familienname, SV-Nr/ Geburtsdatum

1) Ich bestätige durch meine Unterschrift, mit dem KFO-Behandlungsplan einverstanden zu sein:

Planungsdetails:

x) Extraktion:

x) Freilegung von Zahn... / von Zähnen.....

x) skelettale Verankerung (Mini-Schrauben)

x) Zusätzliche Anmerkungen

2) Ich wurde über die Möglichkeit von vermehrtem Prüfaufwand, Karies-Gefährdung und Längenverlust der Zähne (durch behandlungs-bedingten Wurzelabbau) aufgeklärt.

3) Ich bin mit dem Versenden meiner behandlungsrelevanten = Gesundheits-Daten (Fotos, Röntgen-Bilder, Behandlungsplan) an den entsprechenden Versicherungsträger via mail einverstanden.
Andernfalls erkläre ich mich bereit, die Daten selbst zu übermitteln.

Außerdem nehme ich zur Kenntnis, dass fallweise, zur Behandlungsoptimierung, Daten fachärztlich unter Kieferorthopäden ausgetauscht werden. Der Austausch unterliegt selbstverständlich der Datenschutzgrundverordnung und ist sicher.

Wenn es zu keiner von mir akzeptierten Datenübermittlung kommt, kann die Leistung nicht über den Kostenträger/ die Sozial-Versicherung verrechnet werden; dann muss eine Privat-Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift
Patient

Unterschrift
Erziehungsberechtigte (r)
Unterschriftsleistung erforderlich,
wenn Pat. noch nicht volljährig ist