

Patienteninformation und Einwilligungserklärung

- zum Verbleib in der Praxis -

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft in häuslicher Gemeinschaft

Einrichtung: _____

Gesetzlicher Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter _____

(für den Fall der Betreuung bzw. des Vorliegens einer Vorsorgevollmacht)

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte/r Herr/Frau** _____

unsere Praxis hat sich zum Ziel gesetzt, die zahnmedizinische Betreuung und Versorgung insbesondere auch pflegebedürftiger Menschen und Menschen mit Behinderungen, die gerade deswegen nicht in die Praxis kommen können, weiter zu verbessern.

Um einen schnellen Behandlungsbeginn bei Ihnen zu Hause bzw. in der o.g. Einrichtung zu ermöglichen, benötigen wir vorab von Ihnen die Information, ob

eine Pflegeeinstufung gemäß § 15 Absätze 3 und 7 SGB XI in die Pflegegrade 1 bis 5

oder

Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX

vorliegt. Dies erfolgt unkompliziert durch Vorlage des jeweiligen Bescheids.

Gerne holen wir diese Informationen auch für Sie unmittelbar bei der Pflegeleitung der o.g. Einrichtung ein. Bitte unterschreiben Sie hierzu die folgende Einwilligungserklärung:

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit willige ich _____ ein, dass dem behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin _____ bzw. dessen beauftragtem Praxispersonal von der Pflegeleitung der o.g. Einrichtung bzw. dessen beauftragtem Personal Auskunft zum Vorliegen eines Pflegegrades oder einer Eingliederungshilfe gegeben wird.

Ort und Datum _____ **Unterschrift des Patienten** _____

für den Fall der Betreuung bzw. des Vorliegens einer Vorsorgevollmacht:

Unterschrift Gesetzlicher Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter _____

