

## 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 § 53 SGB XII

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** \_\_\_\_\_

