

**Wenn Sie gerne unseren Haus-Zahnarzt für Ihre Vorsorge und Behandlung in Anspruch nehmen möchten, füllen Sie dieses Formular bitte aus.  
Die Behandlungen finden hier im Seniorenstift statt.**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name des Bewohners: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Bewohners: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_ WB: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name des Betreuers: \_\_\_\_\_

Adresse des Betreuers: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. des Betreuers: \_\_\_\_\_

## Patientenerklärung

Hiermit wird das Einverständnis zu einer zweimal jährlichen, freiwilligen, zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gegeben.

Eine Weiterbehandlung durch den jeweiligen **Hauszahnarzt** wird dadurch nicht eingeschränkt.

Die zahnärztliche Untersuchung wird nach Absprache mit der Pflegedienstleitung durchgeführt.

Sollten Sie einen eigenen Haus**zahn**arzt haben, dann geben Sie mir bitte nachfolgend seinen Namen und Adresse an, damit wir bei positiver Befundung ihn in Kenntnis setzen können.

Wenn wir die Behandlung übernehmen sollen, dann vermerken Sie dies bitte ebenso kurz handschriftlich auf dieser Patientenerklärung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

.....  
Name des Haus**zahn**arztes, Anschrift

.....  
Telefon, FAX und Emailadresse des Hauszahnarztes

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten oder des Betreuers

### Dr. med. dent. Gregor Kendzia

Bahnhofstraße 41  
67136 Fußgönheim  
www.dr-kendzia.de

### Kontakt

Tel.: 0 62 37 / 92 90 33  
Fax: 0 62 37 / 92 90 35  
Mail: info@dr-kendzia.de

### Bankverbindung

Kreissparkasse Rheinpfalz  
Konto: 110 064 3  
BLZ: 545 501 20

### Mitgliedschaft

Bezirksärztekammer und  
Kassenärztliche Vereinigung  
Ludwigshafen, Rheinland-Pfalz