

Patientenerklärung

für

Name, Vorname :

.....

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.

.....  
Name des Hauszahnarztes

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Pflegepatienten  
oder des Betreuers