



## EINWILLIGUNG IN EINE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG VON BETREUTEN PERSONEN

### PERSÖNLICHE DATEN ZUR BETREUTEN PERSON

\_\_\_\_\_  
Anrede, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum/Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

### VERSICHERTENSTATUS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Gesetzlich versichert

\_\_\_\_\_  
Privat versichert

Von Zuzahlung befreit:

Ja  Nein

Welche Zusatzversicherung haben Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nach Befundaufnahme und Diagnosestellung sowie ausführlicher Therapieaufklärung willige ich für

Frau/Herr \_\_\_\_\_

in eine zahnärztliche Behandlung und regelmäßige Betreuung durch **ZMK Mobil** ein.

Maßnahmen, deren Erstattung von vornherein nicht gewährleistet ist, bedürfen meiner separaten Zustimmung.

### **Um die Behandlung und Betreuung zu ermöglichen, reiche ich bei ZMK Mobil folgende Unterlagen ein:**

- Kopie der Bescheinigung zur Einstufung des Pflegegrades
- Kopie des Betreuerausweises oder der Generalvollmacht/Vorsorgevollmacht

### PERSÖNLICHE DATEN ZUM BETREUER

\_\_\_\_\_  
Anrede, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum/Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax, E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift