



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten die bevorstehende Zahnbehandlung in Allgemeinnarkose durchführen lassen. Die gesetzlichen Krankenkassen und auch einige private Krankenkassen übernehmen die Kosten dafür nur in bestimmten Fällen:

- Kinder unter 12 Jahren, die nicht mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten und deshalb unter örtlicher Betaubung nicht behandelt werden können
- Patienten, die wegen mangelnder Kooperation bei geistiger Behinderung oder schweren Bewegungsstörungen eine Vollnarkose brauchen
- Patienten, die schwere, ärztlich anerkannte Angstreaktionen zeigen und deshalb nicht unter örtlicher Betaubung behandelt werden können
- Patienten, bei denen Beruhigungsmittel oder örtliche Betaubungsmittel wegen einer organischen Erkrankung oder Allergie nicht eingesetzt werden dürfen
- Patienten, denen ein größerer chirurgischer Eingriff bevorsteht, der nicht unter örtlicher Betaubung durchgeführt werden kann

Um diese Umstände zu belegen, bitten wir, entsprechende ärztliche Atteste und einen Überweisungsschein für die Anästhesie zur Behandlung mitzubringen.

Wenn Sie, obwohl die oben genannten Bedingungen nicht nachweisbar sind, trotzdem eine Behandlung in Vollnarkose wünschen, ist das nur gegen Zuzahlung möglich.

Für die Behandlung in Narkose werden für die erste Stunde € 300.- , für jede weitere halbe Stunde Narkosezeit € 100.- in Rechnung gestellt. Der Betrag für die erste Stunde muss vor Beginn der Behandlung in bar bezahlt werden, die Abrechnung des Restbetrags erfolgt nach der tatsächlich erfolgten Behandlungsdauer.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass eine Behandlung in Vollnarkose nur bei Vorliegen einer o. g. Bescheinigung oder bei Zuzahlung erfolgen kann. Zusätzlich muss eine allgemeine Narkosefähigkeit bei geringem Narkoserisiko zum Behandlungszeitpunkt unter Einhaltung der Verhaltenshinweise vorliegen.

Falls Sie zur Behandlung und deren Kostenregelung Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder an Ihren Zahnarzt.

Ich habe die oben genannten Hinweise zur Kenntnis genommen und akzeptiere die genannten Bedingungen.

Patient Name/Geb. Dat.

Datum/Unterschrift

.....

.....