



Behandlungserklärung

Sehr geehrte/r Patient/in,

wir möchten Sie hiermit über die bevorstehende Behandlung näher informieren. Bei Ihnen ist zum weiteren Zahnerhalt eine Wurzelkanalbehandlung bzw. eine Wurzelkanalrevision nötig. Um den größtmöglichen Erfolg dieser Wurzelbehandlung zu erzielen, sind folgende, über die Krankenkassenleistung hinausgehende Maßnahmen erforderlich:

- elektrometrische Längenbestimmung (größere Messgenauigkeit d. Wurzellänge)
- Elektrophysikalisch/chemische Wurzelkanalbehandlung (zusätzl. Spülungen)
- Thermoplastisches Verfahren (modernstes Abdichtungsverfahren des Kanals)
- Behandlung unter Operationsmikroskop

Das Thermoplastische Verfahren führt zu einem absolut dichten Abschluss auch seitlicher Kanäle und somit zu garantierter Bakterienfreiheit. Als Material wird ein Werkstoff verwendet, der als hoch biokompatibel zu bezeichnen ist und so das Gewebe nicht reizt.

Zudem wenden wir hochwertige und hochflexible Nickel-Titan-Instrumente zur Aufbereitung an, die beinahe jede Kanalkrümmung „mitmachen“, so dass sämtliches infizierte Gewebe entfernt wird und kein entzündlicher Herd in Ihrem Körper verbleibt. In Kombination mit einem speziellen Aufbereitungsmotor, der drehmomentgesteuert arbeitet, stellt diese Behandlung derzeit die medizinisch fortschrittlichste und sicherste Methode der Endodontie dar. Moderne Leistungen, wie die oben genannten Leistungen, sind keine Vertragsleistungen und sind deshalb privat nach der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

Bei Fragen zur bevorstehenden Behandlung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam Doctores Alamouti & Melchior

Einverständniserklärung

mündlich haben wir Sie bereits darüber informiert, dass bei Ihnen eine Behandlung durchgeführt werden soll, die in Art und Umfang den Leistungsrahmen der kassenvertraglichen Leistungen überschreitet und daher privat liquidiert werden muss.

Eine Erstattung ist daher nicht gewährleistet. Wenn Sie eine Zahnzusatzversicherung besitzen, klären Sie bitte, ob diese anteilig die anfallenden Kosten erstattet.

Ich bin mit der geplanten Privatbehandlung einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift