



**GANZHEITLICHE
ZAHNHEILKUNDE**

Zahnarzt Dr. med. dent.
JOHANN LECHNER

Ganzheitliche Zahnheilkunde

Information und Aufklärung

Mappe 0

Zahnarzt Dr. med. dent.
Johann Lechner
Grünwalder Straße 10a
D-81547 München
Fon: +49 (0)89.6970055
Fax: +49 (0)89.6925830
e-mail: drlechner@aol.com
www.dr-lechner.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

WIR FREUEN UNS, dass Sie sich für unsere Praxis und deren Behandlungsmethoden interessieren. Unsere Praxisräume sind mit Lift zu erreichen und deshalb auch für behinderte Patienten zugänglich. Seit über zwanzig Jahren betreibe ich meine Praxis mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Ganzheitliche Zahnheilkunde.

Wir händigen Ihnen diese Mappe zu Ihrer Information aus. Sie sollen mit dieser Mappe Gelegenheit haben, sich über die Besonderheiten unserer Praxis ausreichend zu informieren

Am Empfang und für die Terminvergabe betreut Sie Frau Angie Klose.

Wir benötigen von Ihnen die unterschriebene

- **Neuaufnahme**
- **die Aufklärung**
- **die Einwilligungserklärung zur Abrechnungsgesellschaft**

Diese Mappe wurde Ihnen zur persönlichen Information ausgehändigt. Sie ist Bestandteil des ärztlichen Dialogs zwischen Therapeut und Patient und kein Werbeträger. Diese Mappe darf nicht weitergereicht oder weiter veröffentlicht werden.

Ihr


Dr. med. dent. Johann Lechner





So erreichen Sie unsere Praxis

- **per Straßenbahn:** Linie **15** und **25** Haltestelle Wettersteinplatz
- **per U-Bahn:** Linie **U1** Haltestelle Wettersteinplatz
- **per Zug:** Hauptbahnhof München – zur U-Bahn laufen – Fahrtrichtung Mangfallplatz **U1** (wenn möglich den letzten Wagen der U-Bahn benutzen, dann sind Sie am Zielbahnhof Wettersteinplatz gleich am richtigen Ausgang) – bis Haltestelle Wettersteinplatz fahren
- **per Flugzeug:** mit der S-Bahnlinie **S1** bis zum Hauptbahnhof München – zur U-Bahn laufen – Fahrtrichtung Mangfallplatz **U1** (wenn möglich den letzten Wagen der U-Bahn benutzen, dann sind Sie am Zielbahnhof Wettersteinplatz gleich am richtigen Ausgang) – bis Haltestelle Wettersteinplatz fahren

Ab Haltestelle Wettersteinplatz: Rolltreppe hochfahren – gerade weiter Richtung Wenigstraße laufen – bei Apotheke (Magnus) die Straße überqueren – Friseur, dann Eingang nebenan – Grünwalder Str. 10 a – Sie sind am Ziel!

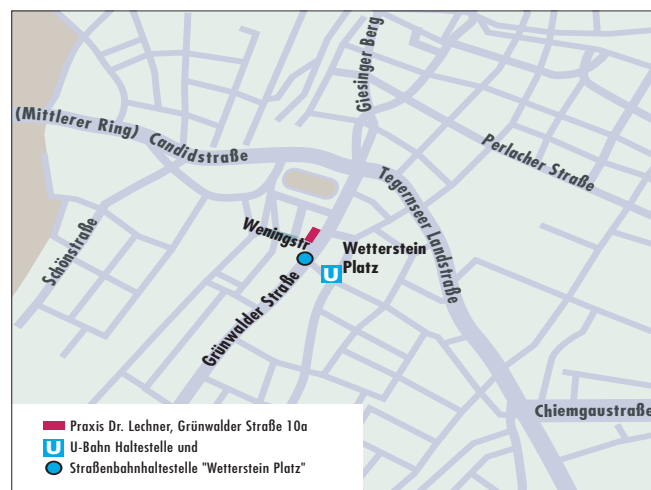
- **per Auto** aus Richtung:

Salzburg: Richtung Autobahn Garmisch (nicht München Ramersdorf) am Autobahnde bis 1. Tankstelle rechterhand, dann Richtung Grünwald – Grünwalderstraße – bis Wettersteinplatz (nach Fussballstadion) – Wenigstraße nach rechts einbiegen – am Ende der Wenigstraße bei Isarhochufer Parkplätze.

Nürnberg: Richtung Autobahn Salzburg – Autobahn Ring Ost – Richtung Garmisch (nicht Richtung Salzburg) - am Autobahnde bis 1. Tankstelle rechterhand, dann Richtung Grünwald – Grünwalderstraße – bis Wettersteinplatz (nach Fussballstadion) – Wenigstraße nach rechts einbiegen – am Ende der Wenigstraße bei Isarhochufer Parkplätze.

Garmisch-Partenkirchen und Starnberg: bis Autobahnde – Mittlerer Ring Süden Richtung Salzburg – Richtung Grünwald – am Fussballstadion nach rechts zur Grünwalderstraße – bis Wettersteinplatz – Wenigstraße nach rechts einbiegen – am Ende der Wenigstraße bei Isarhochufer Parkplätze.

Stuttgart: bis Autobahnkreuz München West – Autobahn Ring West – am Ende auf die A 96 Richtung München – bis Autobahnde – Mittlerer Ring Süden Richtung Salzburg – Richtung Grünwald – am Fussballstadion nach rechts zur Grünwalderstraße – bis Wettersteinplatz – Wenigstraße nach rechts einbiegen – am Ende der Wenigstraße bei Isarhochufer Parkplätze.



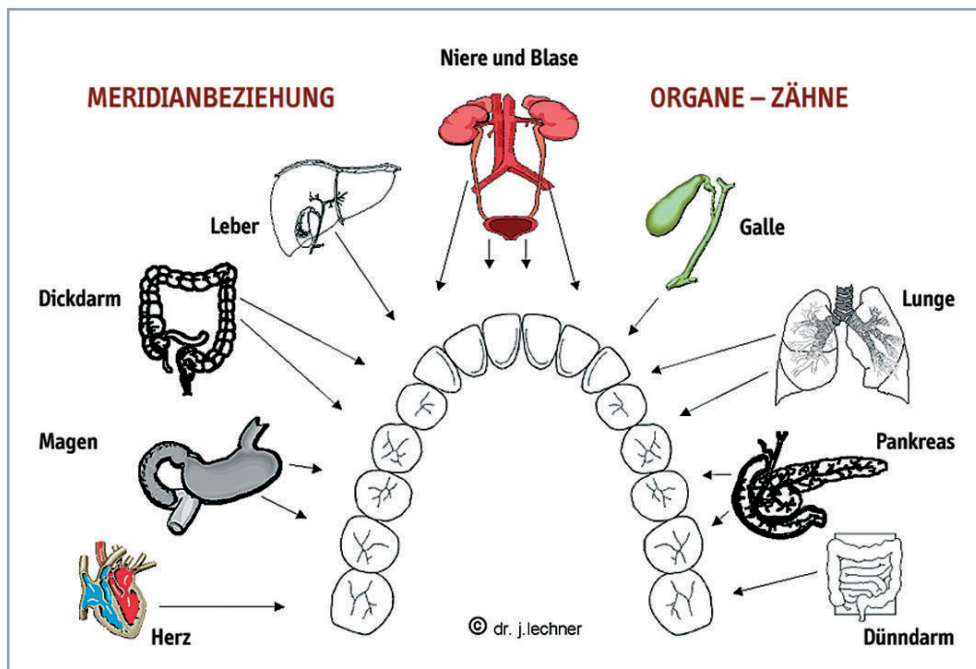


Warum Ganzheitliche Zahnheilkunde?

ZAHNHEILKUNDE BRINGT ES zwangsläufig mit sich, dass sich der Behandler auf Details konzentriert: Füllungen und Kronen sollten optimal passen. Zusätzlich muss gute Zahnheilkunde dem mechanischen Anspruch eines funktionierendem Kauwerkzeuges gerecht werden. Beide Aspekte verführen dazu, sich auf den engen Bereich des Zahnes zu konzentrieren und die mechanischen Aspekte eines Zahnersatzes in den Vordergrund zu stellen.

Ich versuche, in meiner Praxis den zahnärztlichen Blickwinkel weiter zu stellen, denn

an jedem Zahn hängt jedoch ein ganzer Mensch.



Über die von mir empfohlenen Methoden können Sie sich auch in meinen Büchern und Fachartikeln näher informieren. Näheres hierzu im Literaturverzeichnis.



DIE MODERNE ZAHNMEDIZIN – insbesondere in ihrer komplementärmedizinischen Erweiterung mit Methoden der Ganzheitlichen Medizin – bringt ein umfangreiches diagnostisches und therapeutisches Spektrum mit sich. **Wir haben deshalb für Sie Informations-Mappen zu den einzelnen Behandlungsmethoden angefertigt und möchten Sie damit über die in unserer Praxis angewandten Methoden informieren.** Aus den oben genannten Gründen versuche ich, das lokale Geschehen des Zahnkieferbereiches in einen ganzheitlichen Zusammenhang zu stellen. Zur Feststellung dieser Wechselbeziehungen zwischen Störungen im Zahnkieferbereich und Organstörungen führen wir umfangreiche Tests durch. Die Behandlung selbst beschränkt sich in meiner Praxis auf den zahnärztlichen Bereich.

Näheres hierzu in der Informationsmappe M1: Bioenergetische Störfeldteste

ICH GEHE BEISPIELSWEISE davon aus, dass alle in den Mund eingebrachten Materialien möglicherweise subtile Langzeitwirkungen auf den Körper ausüben, im Sinne chronisch – toxischer Belastungen. Aus diesem Grund vermeide ich die Verarbeitung von Amalgam als Füllungs- werkstoff, trotz seiner mechanischen Vorteile.

Näheres hierzu in der Informationsmappe M4: Amalgamsanierung mit Ausleitungsbehandlung (FocoDent-Mappe)

UM IRRITATIONEN DES IMMUNSYSTEMS durch unverträgliche zahnärztliche Werkstoffe zu verhindern, lege ich größten Wert auf die Verarbeitung maximal biokompatibler Materialien, wie z. B. metallfreie Vollkeramik, insbesondere aus der hochmodernen Zirkonoxid – Hochleistungs- keramik.

Näheres hierzu in der Informationsmappe M3: Metallfreie Vollkeramikversorgung aus Zirkonoxid-Hochleistungskeramik

TOTE UND WURZELGEFÜLLTE Zähne können ebenfalls eine chronisch – toxische Belastung sein. Zusätzlich können alte Extraktionswunden im Sinne stummer chronischer Entzündungen wirken und die körpereigene Abwehr belasten. Solche Dauerbelastungen nennt man „Zahnstörfelder“. DAUERBELASTUNGEN chronisch-toxischer oder chronisch-entzündlicher Art bringen das schwächste Organ des Organismus in ein Defizit und können dort Krankheitssymptome auslösen.

Näheres hierzu in der Informationsmappe M2: Operative Sanierung von Zahnstörfeldern

DER KIEFERBEREICH steht über seine Kaufunktion in einer intensiven Wechselbeziehung zum gesamten Stütz- und Bewegungsapparat wie Muskulatur und Gelenke der Wirbelsäule.

Näheres hierzu in der Informationsmappe M5: Kiefergelenksbehandlung und Biss therapie mit Schienen und Myozentrik

STÖRUNGEN IN DER KINDLICHEN Entwicklung des Mundraumes und im Kiefergelenk des Er- wachsenen bringen vielfältige orthopädische Probleme mit sich.

Näheres hierzu: Informationsblatt: Ganzheitliche Kieferorthopädie mit Bionator und Crozat-Technik

UNBEWUSSTE KONFLIKTPROJEKTION in den Zahnbereich erfordert eine Miteinbeziehung der emotionalen Stress-Situation des Patienten. Wir bieten Ihnen in meiner Praxis unterstützend das Austesten von Psycho-emotionalen Blockaden mit dem Testsystem MindLINK TEST.

Näheres hierzu unter www.mindlink.info

METALLFREIE IMPLANTATE aus Zirkonoxid-Keramik.

Näheres hierzu in der Informationsmappe M10.



Literatur von Dr. Johann Lechner:

„Herd, Regulation und Information“

erschienen im Haug-Verlag Heidelberg, zweite und erweiterte Auflage 1998.
Bezugsquelle: www.dr-lechner.de

28,- €

„Störfelddiagnostik, Medikamenten- und Materialtest“

Teil I: Theorie und Praxis des Armlängenreflextests

erschienen im Verlag für Ganzheitliche Medizin Kötzing 1998.
Bezugsquelle: www.dr-lechner.de

75,- €

„Störfelddiagnostik, Medikamenten- und Materialtest“

Teil II: Armlängenreflex-Test und skalarwellengestütztes Computersystem SkaSys

erschienen im Verlag für Ganzheitliche Medizin Kötzing 2000.
Bezugsquelle: www.dr-lechner.de

142,- €

„Störfelder im Trigeminiusbereich und Systemerkrankungen“

erschienen im Verlag für Ganzheitliche Medizin Kötzing 1999.
Bezugsquelle: www.dr-lechner.de

152,- €

„Armlängenreflex Test und Systemische Kinesiologie“

erschienen im Verlag für Angewandte Kinesiologie, Freiburg
Bezugsquelle: www.dr-lechner.de

46,- €

„Der Feind in meinem Mund“

erschienen im Eigenverlag, 2. Auflage 2007
Bezugsquelle: www.feindinmeinmund.de

22,50 €

„Dialog mit dem Inneren Bewusstsein“

erschienen im Eigenverlag, 2. Auflage 2008

34,- €

„Gesunde Zähne - gesunder Mensch“

erschienen im Verlag Zabert Sandmann, München 2009
Bezugsquelle: www.amazon.de

20,- €

Diese Bücher können Sie auch in unserer Praxis erwerben, oder unter
Telefon +48-(0)89-69386267, Fax +48-(0)89-69386256,
e-mail vitaberger@mindlink.info bestellen.



Jahrgang	Artikel	Zeitschrift
	Craniale Oseopathie und odotontogene Regulationsstörung Orthocraniale Prothetik	
1979/1	Neuraltherapie und odontogene Herdsanierung	Acta medica empirica
1980/5	Spektralanalytische Untersuchung von chronisch entzündlich verändertem Kieferknochen und eine Wirkung auf das Mineralgleichgewicht des Vollblutes	Acta medica empirica
1981/3	Chronisch entzündliche Veränderungen im Kieferknochen und ihre Darstellung im Röntgenbild und Spektralanalyse. Chronische Kieferostitis und Systemerkrankung	Die Quintessenz
1992	Quecksilberbelastung, Strommessung und Nosodentherapie – eine kritische Gegenüberstellung	Dtsch. Zeitschr. f. Biol. Zahnmedizin
1992	Exposition und Disposition Untersuchungen zur differenzierten Betrachtung von Amalgambelastung und Nosodentherapie	Panta
1993	Holistische Aspekte der Zahn-Metalle, Teil 1	Dtsch. Zeitschr. f. Biol. Zahnmedizin
1993/4	Bewegung an der Amalgamfront	Dtsch. Zeitschr. f. Biol. Zahnmedizin
1994/1		Dtsch. Zeitschr. f. Biol. Zahnmedizin
1994/1	Bioenergetische Phänomene als Spiegel medizinischen Störfeldgeschehens	Grenzgebiete der Wissenschaft/Resch
1994/12	Ganzheitliche Zahnheilunde: Alternativ oder komplementär?	Zahnärztliche Praxis
1995	Immunstress durch Zahnmetalle und Elektromog	Raum & Zeit
1995/4	Immunstress durch Zahnmetalle und Elektromog	Naturheilpraxis
1995/4	Zur Wirkung von DMPS und DMSA	Dtsch. Zeitschr. f. Biol. Zahnmedizin
1995/10	Grundsystem und Regulationsweise, Teil A	ZWR
1995/11	Grundsystem und Regulationsweise, Teil B	ZWR
1996/1,2	Diagnostik und Regulationsstörungen, Teil C	ZWR
1996/3	Diagnostik und Regulationsstörungen, Teil D	ZWR
1996/2	Odontogene Störfeldsuche und kinesiologischer Armlängenreflextest	Medizin Transparent
1996/3	Störfeldsanierung, Teil III	GZM
1996/1	Orthocraniale Prothetik	GZM
1996/2	Ist der physionergetische Armlängenreflextest zur odontogenen Störfeldsuche geeignet?	GZM
1997/1	“Vom Amalgam zum Gold” oder “Vom Regen in die Traufe”	GZM
1997/3	Die Werkzeuge zur bioenergetischen Medizin	GZM
1997/4	Das Accu-Liner-System – James E. Carlson, DDS	GZM
1998/1	Neuartige energetische Harmonisierung mittels “Chip”	GZM
1998/3	Die Werkzeuge zur bioenergetischen Medizin	Co Med
1999/3	Das SkaSys-Testsystem, Teil 1	GZM
1999/4	Das SkaSys-Testsystem, Teil 2	GZM
2000/1	Das SkaSys-Testsystem, Teil 3	GZM
2000/2	“Hyposensibilisierender” Zahnersatz	GZM
2000/10	Biochemisch völlig inert	Zeitschrift für Umweltmedizin
2000/10	Zirkonoxid in empfindlichen Patienten/Zirconia works in sensitive patients	Heavy Metal Bulletin (D/E)
2000/12	Systemische Kinesiologie	CoMed
2000/12	Testen der “Biosozialen Persönlichkeit” nach Cloninger mit SkaSys	GZM
2001/1	Systemische Kinesiologie mit dem SkaSys- Testsystem	Der Freie Arzt Natur Heilkunde
2001/3	Diagnose und Wirkung von Zahntoxinen	Arzt, Zahnarzt & Naturheilverfahren

Kopien dieser Artikel können Sie zum Preis von jeweils 5,00 € in unserer Praxis erwerben.



ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Vorgaben erhoben, gespeichert und verarbeitet.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Pflichtenangaben

Patient:

männlich weiblich

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Versicherte Person:

männlich weiblich

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Versicherung: _____

Gesetzlich freiwillig privat Basistarif(PKV) Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung: ja nein

Rechnungsempfänger: _____

Hausarzt (Adresse & Kontaktdaten): _____

Ich wünsche eine gezielte Beratung über / Grund meines Besuchs ...

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Implantate (künstliche Zahnwurzeln) Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> |
| Laser-Behandlung | <input type="checkbox"/> | Kinderprophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="checkbox"/> | Beratung für Schwangere | <input type="checkbox"/> |
| Amalgamaustausch / - alternativen | <input type="checkbox"/> | Mundgeruchsprechstunde | <input type="checkbox"/> |
| Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> | Bleaching (Zahnaufhellung) | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="checkbox"/> | Angstfreie Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> | Ich wünsche nur eine Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> |



Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bitte zutreffendes anzukreuzen (Wir helfen Ihnen gern):

Herz-/Kreislaufkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Angina pectoris (Herzasthma)? ja nein
Herzschrittmacher? ja nein
Künstliche Herzklappe(n)? ja nein
Herzfehler? ja nein
Niedriger Blutdruck? ja nein
Herzinfarkt? ja nein
Hoher Blutdruck? ja nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Wie hoch normalerweise? ja nein
Sonstiges? _____

Weitere Erkrankungen der inneren Organe

- Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein
Nieren- ,Blasenerkrankung? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege ja nein
Tumor-Erkrankungen /-operationen? ja nein
Falls ja, mit Bisphosphonat-Therapie? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

- Gelbsucht (Hepatitis)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Herpes? ja nein
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Veränderungen/ Erkrankungen in Ihrer Mundhöhle

- Zahnfleischschwund ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Zahnlockerung ja nein
Mund- und Zungenbrennen ja nein

CMD

- Kiefergelenksschmerzen (Knacken/ Reiben)? ja nein
Bissgewohnheiten (z.B.: Lippenpressen)? ja nein
Knirscherschiene vorhanden? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____
Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems

- Epilepsie? Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Ohnmachtsanfälle? ja nein
Psychosomatische Erkrankungen? ja nein
Depressionen/ Burn- Out/ chron. Müdigkeit? ja nein
Gedächtnis-, Konzentrationsstörung? ja nein
Häufige Kopfschmerzen? ja nein
Schlafstörungen? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen

- Leber- Gallenerkrankung? ja nein
Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Wundheilungsstörungen? ja nein
Sonstiges: _____

Augenerkrankungen

- Grauer Star? ja nein
Grüner Star (Glaukom)? ja nein
Sonstiges: _____

Suchterkrankungen

- Rauchen Sie? ja nein
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? ja nein
Konsumieren Sie Drogen? ja nein
Nahmen Sie in der Vergangenheit Drogen? ja nein
Leiden oder litten Sie an Bulimie? ja nein

Erkrankungen, die nicht aufgeführt wurden

- Wenn ja, welche? _____ ja nein

Schwangerschaft

- Wenn ja, in welchem Monat? _____ ja nein

Röntgen

- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer
Zahnbereich geröntgt? ja nein
Falls ja, wo? _____

Wurde an Ihren Zähne eine kieferorthopädische Regulierung vorgenommen? ja nein

Befanden Sie sich innerhalb der letzten zwei Jahre in ärztlicher/ zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Falls ja, aus welchem Grund? _____



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Falls ja, welche? _____

Bestehen Allergien?

ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist ein Allergiepass vorhanden?

ja nein

Freiwillige Angaben

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch Gelbe Seiten Internetpräsenz Internetsuchmaschine
Lage der Praxis Bekannte Familie

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!

Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice an, über den Sie sich einmal jährlich an Ihre Kontrolltermine erinnern lassen können. Sollen wir diesen unverbindlichen Service für Sie einrichten, so tragen Sie bitte in das entsprechende Feld Ihre Wunsch-Benachrichtigung ein:

per E-Mail an folgende Adresse oder per Telefon an folgende Nummer

per Post an folgende Adresse _____

nein, ich möchte nicht benachrichtigt werden.

Datenschutz

Auf unserer Internetseite unter dem Punkt „Datenschutz“ können Sie sich über den Datenschutz, insbesondere Ihre uns gegenüber bestehenden Rechte als Betroffener, umfassend informieren. Zusätzlich haben Sie Möglichkeit, die entsprechende Datenschutzinformation an unserer Rezeption in Papierform einzusehen und zu erhalten.

Möchten Sie eine Datenschutzinformation in Papierform ausgehändigt bekommen?

ja nein

Sonstiges

1. Möchten Sie eine Kopie dieses Anamnesebogens ausgehändigt bekommen?

ja nein

2. Wir sind bemüht, Ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Termin und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes durchzuführen. Sie werden deshalb gebeten, die Bestellzeit genau einzuhalten.



Im Verhinderungsfalle treffen Sie bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher) eine neue Terminvereinbarung. Durch Ihre frühzeitige Absage kann mit einem anderen Patienten eine Behandlung vereinbart werden. Unter Umständen kann sonst die ungenützte Zeit in Rechnung gestellt werden. (BugoÄ III/2c).

Bei Anfertigung von Zahnersatz bitten wir Sie, sich vor Behandlungsbeginn über die Höhe des Honorars zu unterrichten.

3. Ich bin mit der anonymisierten Weiterleitung meiner medizinischen Befunde zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden.

Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren und bitten Sie, uns Änderungen umgehend mitzuteilen.

Aufklärung

1. Die moderne Zahnmedizin – insbesondere in ihrer komplementärmedizinischen Erweiterung mit Methoden der Ganzheitlichen Medizin – bringt ein umfangreiches Therapiespektrum mit sich. Wir möchten Sie über die in unserer Praxis angewandten, diagnostischen und therapeutischen Methoden informieren und das persönliche Aufklärungsgespräch ergänzen, indem wir für Sie Mappen (siehe w.o.) zu den einzelnen Behandlungsmethoden bereitstellen.

In diesen Mappen finden Sie Inhaltsbeschreibungen zu den einzelnen Methoden; denn wir möchten, dass Sie als Patient darüber informiert sind, was mit Ihnen geschieht.

Neben dieser schriftlichen und mündlichen fachlichen Aufklärung, verlangt die Rechtsprechung, Sie vor Behandlungsbeginn auch in umfassender Weise über die Vergütungs- Modalitäten aufzuklären.

Wir bitten Sie deshalb, die Ihnen ausgehändigten Informationsmappen aufmerksam durchzulesen, die gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärungen und Heil- und Kostenpläne durch Ihre Unterschrift zu bestätigen und diese Schriftstücke bei nachfolgenden Behandlungen mitzubringen. Sollten Sie Fragen haben, klären wir diese gerne im Gespräch mit Ihnen ab.

Diese Unterschriften verpflichten Sie selbstverständlich zu keinerlei Behandlungsschritten; Sie bestätigen damit lediglich, dass die jeweilige Aufklärung erfolgt ist.

2. Einige grundsätzliche Aspekte zur Zahlungsaufklärung vorweg:

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass laut GOZ-2012 ab 1.000 € ein **Kostenvoranschlag erstellt werden muss und mit 25,87 €** in Rechnung zu stellen ist.

Ich möchte keinen gebührenpflichtigen Kostenvoranschlag, unter bewusstem Verzicht auf die Aufklärung über anfallende Kosten.



3. Um unsere Zeit Ihrer Behandlung und Betreuung widmen zu können, haben wir die Fakturierung unserer Rechnungen an das Freie Rechenzentrum für Heilberufe übertragen. Sie müssen durch Ihre Unterschrift auf dem beiliegenden Formular bestätigen, dass Sie mit der Freigabe Ihrer Daten an das Rechenzentrum einverstanden sind. Selbstverständlich bleiben trotzdem Ihre gesundheitlichen Details der ärztlichen Schweigepflicht unterworfen.

Bedauerlicherweise häufen sich die Rückfragen der Kostenfrage in einem Maße, dass es mir nicht mehr möglich ist, auf diese Rückfragen kostenfrei einzugehen. Ich bin selbstverständlich im stärksten Maße bemüht, Sie darin zu unterstützen, eine optimale Kostenerstattung von den Versicherungsträgern zu bekommen. Da diese immer weiter versuchen, die Kostenerstattung einzuschränken, sehe ich mich gezwungen, zur Abwehr dieser Tendenzen den erheblichen Zeitaufwand der Beantwortung der Versicherungsschreiben zu berechnen. Da wir von einem gerichtsgutachterlichen Stundensatz von 102,25 € ausgehen können, erfolgt die Berechnung mit 17,50 € pro 10 Minuten.

Bitte bedenken Sie, dass mir als Zahnarzt eine juristische Rechtsberatung nicht gestattet ist und ich Sie lediglich an kompetente Rechtsanwälte weiter vermitteln kann.

Leider ist die Erstattungspraxis von Beihilfestellen und Versicherungsträgern so unterschiedlich, dass meine Mitarbeiter und ich keinerlei verbindliche Auskünfte über deren Erstattungspraxis abgeben können. Verbindlich ist lediglich der Kostenvoranschlag nach §1 Abs. 2 bzw. die Vergütungsvereinbarung nach §2 Abs. 3 GOZ-2012 bzw. der Rechnungsbetrag.

Unabhängig von der Kostenerstattung durch Versicherungen oder Beihilfestellen besteht Ihre Zahlungspflicht im Rahmen der auf der Rechnung angegebenen Fristen.

Ich habe die obige Aufklärung zur Kenntnis genommen und stimme den Formalitäten zu; ich fühle mich über die besonderen Behandlungsmethoden in der Praxisklinik Dr. Lechner ausreichend aufgeklärt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Nur von der Arztpraxis/ Zahnarztpraxis auszufüllen (Nichtzutreffendes ist durchzustreichen)

Der Patientin/ dem Patienten/ dem Erziehungsberechtigten/ dem Betreuer wurde am _____
um _____ die Datenschutzinformation / den Anamnesebogen in Kopie ausgehändigt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)