

**Patientenerklärung
zur zahnärztlichen Behandlung
bei fehlender oder ungültiger eGK / fehlendem Anspruchsnachweis**

Patientenangaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Ich bestätige, dass ich am _____ ohne Vorlage einer gültigen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder eines gültigen Anspruchsnachweises meiner Krankenkasse zahnärztlich behandelt worden bin.

Ich bin verpflichtet, innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte oder einen schriftlichen Anspruchsnachweis meiner Krankenkasse in der Zahnarztpraxis nachzureichen.

Ohne gültige elektronische Gesundheitskarte/Anspruchsnachweis ist die Zahnarztpraxis berechtigt, mich als Privatpatienten zu behandeln und mir die erbrachten zahnärztlichen Leistungen privat in Rechnung zu stellen.

Datum, Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter

Praxisstempel/Unterschrift