

Name der Krankenkasse	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

Teilnahmeerklärung

zur besonderen zahnärztlichen Versorgung nach § 73c SGB

Ziel des Zahngesundheits-Programms ist es, durch die enge Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Zahnärzten, die zahnärztliche Versorgung vor allem hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung für Versicherte zu verbessern. Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere die Zahnsteinentfernung, können regulär in Anspruch genommen werden. Zusätzlich werden darüber hinaus besondere Leistungen zur Prävention, Zahnpflege, Zahnerhaltung und Zahnersatz angeboten.

Stand: 01.01.2017

nur Kieferorthopädische Behandlung

- 1) Ich bin darüber informiert, dass die Teilnahme an dem Zahngesundheits-Programm meiner Krankenkasse freiwillig ist. Die Teilnahmeerklärung bezieht sich jeweils auf den aktuell geltenden Leistungsumfang der von der Krankenkasse vereinbarten besonderen Leistungen. Ich wurde über den Inhalt dieser Leistungen ausführlich informiert. Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse die Festzuschüsse mit dem Zahnarzt direkt abrechnet.
- 2) Für die Teilnahme an diesem Zahngesundheits-Programm gibt es keine Mindestlaufzeit. Ich kann die Teilnahme jederzeit mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende kündigen (Standardfall), falls in der Satzung meiner Krankenkasse nichts anderes geregelt ist. Aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel oder Störung des Vertrauensverhältnisses) ist eine vorzeitige Beendigung möglich. Für den Fall, dass sich die Preise oder Leistungen des Zahngesundheits-Programms ändern, habe ich ein Sonderkündigungsrecht und kann bis zu 2 Monate nach der Änderung meine Teilnahme an diesem Zahngesundheits-Programm außerordentlich fristlos kündigen.

Hinweis auf das Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach der Unterzeichnung ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf erfolgt in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

- 3) Mit dieser Erklärung verpflichte ich mich, alle vereinbarten Leistungen nur durch die Partnerzahnärzte in Anspruch zu nehmen, die auf der Website www.ihren-zaehnen-zuliebe.de abschließend aufgeführt sind. Nur bei Vorliegen eines besonderen Grundes (z. B. Notfälle, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) kann ich auch andere als die Partnerzahnärzte von *Ihren Zähnen zuliebe* in Anspruch nehmen.
- 4) Ich verpflichte mich außerdem, alle vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten und Abweichungen mit dem Zahnarzt abzustimmen. Mir ist bekannt, dass ich von der Teilnahme dieser besonderen Versorgungsform ausgeschlossen werden kann, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme. Damit ich den Vorteil der verlängerten Garantiefrieten beim Zahnersatz in Anspruch nehmen kann, dürfen zwischen zwei Zahnarztbesuchen nicht mehr als 9 Monate liegen.
- 5) **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten durch die Vertragspartner sowie die teilnehmenden Zahnärzte zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Dabei werden die hierfür zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen, insbesondere über den Datenschutz, die ärztliche Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses, genauestens beachtet.**
- 6) Handelt es sich bei dem teilnehmenden Patienten um einen Minderjährigen, so erklärt der Vertretungsberechtigte die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.

Stempel des Zahnarztes

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Vertretungsberechtigten