

Optimierte Parodontitistherapie¹

Teilnahmeerklärung des Patienten



Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre SIGNAL IDUNA IKK und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern (KZVB) bieten Ihnen zur Erreichung einer optimierten Parodontitistherapie ein besonderes Leistungspaket mit folgendem Umfang an:

1. Maßnahmen zur optimalen Vorbereitung der systematischen Parodontose-Behandlung (Vorbehandlung);
hierzu gehören fakultativ folgende Leistungen:
 - Entfernung der harten und weichen Beläge
 - Airflowbehandlung
 - Glattflächenpolitur
 - Fluoridierung
 - Mundhygieneaufklärung und Unterweisung für die häusliche Prophylaxe
2. Maßnahmen zur verbesserten Nachsorge (Sekundärprävention) im Anschluss an die Parodontose-Behandlung

An den Kosten der Vorbehandlung beteiligt sich die SIGNAL IDUNA IKK einmalig in Höhe von 35,- Euro. An den Kosten der Sekundärprävention beteiligt sich die SIGNAL IDUNA IKK im ersten Jahr insgesamt drei-, im zweiten Jahr zwei- und im dritten Jahr einmal in Höhe von 25,- Euro. Die Beteiligung an den Kosten für die Sekundärprävention ist auf einen Zeitraum von drei Jahren begrenzt. Die Zahlung dieses Zuschusses erfolgt entweder direkt durch die SIGNAL IDUNA IKK an Sie oder über die KZVB an den behandelnden Zahnarzt, der seine Rechnung an Sie entsprechend mindert.

Die Teilnahme am Vertrag ist nur einmalig möglich. Der Langzeiterfolg der optimierten Parodontitistherapie ist abhängig von Ihrer individuellen Mitarbeit bei der Durchführung der häuslichen Mundhygiene und der Reduktion von Risikofaktoren. Hierzu sind die Instruktionen des Zahnarztes und die Wahrnehmung der erforderlichen Behandlungs- und Recalltermine erforderlich. Wird dies nicht erfüllt, werden Sie von der weiteren Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen mit der Folge, dass sich die SIGNAL IDUNA IKK nicht mehr an den Kosten für weitere Maßnahmen der Sekundärprävention beteiligt.

Teilnahmeerklärung

Ich wünsche eine Behandlung auf Grund der hier vorgestellten Behandlungsmaßnahmen und -bedingungen, welche mir der teilnehmende Zahnarzt eingehend erläutert hat. Mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung nehme ich zur Kenntnis, dass ich zur Durchführung der Parodontitistherapie nur die an diesem Vertrag teilnehmenden Zahnärzte aufsuchen kann und dass ich an die Wahl des Zahnarztes grundsätzlich 1 Jahr gebunden bin; ein Wechsel ist nur aus wichtigen Gründen möglich. Mir ist bekannt, dass bei einem Wechsel zu einem Zahnarzt, der diesem Vertrag nicht beigetreten ist, die Teilnahme an diesem Vertrag mit Ende des Quartals, in dem ich den Behandlerwechsel erkläre, endet; mit Wechsel zu einer anderen Krankenkasse endet die Teilnahme an diesem Vertrag mit Ende der Mitgliedschaft bei der SIGNAL IDUNA IKK. Mir ist ferner bekannt, dass ein Anspruch auf Bezuschussung nur im Rahmen der oben genannten Behandlungsmaßnahmen und -bedingungen besteht und dass die Abwicklung der Zuschussleistung über die KZVB erfolgen kann. Zur Sicherung des Behandlungserfolges ist meine Teilnahme an die Bereitschaft geknüpft, mich ggf. von meinem behandelnden Zahnarzt und der SIGNAL IDUNA IKK über aktuelle Raucherentwöhnungs-, Ernährungs- und Diabetesprogramme informieren zu lassen und die erforderlichen Behandlungs- und Recalltermine wahrzunehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit, ohne dass mir Nachteile entstehen, widerrufen werden. Eine weitere Teilnahme an der optimierten Parodontitistherapie ist dann nicht mehr möglich. Auf Wunsch erhalte ich eine Liste aller an diesem Vertrag teilnehmenden Zahnärzte.

Name, Vorname (Geb.Datum)

Versicherten-Nr.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Stempel und Unterschrift des behandelnden Zahnarztes

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Zahnarzt meine Teilnahmeerklärung, meine personenbezogenen Befund- und Leistungsdaten sowie eine Information über die Beendigung meiner Teilnahme an die SIGNAL IDUNA IKK und bei Abwicklung der Zuschussleistung über die KZVB ihr die entsprechenden Daten übermittelt. Mit der Verarbeitung und Nutzung dieser Daten im gesetzlichen Rahmen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung und Nutzung jederzeit gegenüber dem Zahnarzt oder der SIGNAL IDUNA IKK widerrufen kann und damit auch meine Teilnahme an diesem Vertrag endet.

Datum

Unterschrift des Versicherten

¹ Dieser Vertrag basiert auf den Rechtsvorschriften des § 73 c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).