

Teilnahmeerklärung gegenüber meiner Krankenkasse

Name

Vorname

Versicherten Nummer

(Anschrift)

Geburtsdatum

zur Teilnahme am Wahltarif - Besondere Versorgungsformen
Vertrag zur ambulanten zahnärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V

Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates führen zu Zahnverlust und damit zu hohen Folgekosten im Bereich von Zahnersatz aber auch - bei unversorgten Zahnlücken- zu Problemen der Gelenke mit entsprechenden Folgeerkrankungen im Bereich des Kopfes und der oberen Bewegungsmuskulatur. Vielschichtige Zusammenhänge zwischen medizinischen und zahnmedizinischen Erkrankungen erfordern ein Umdenken.

Durch den Vertrag soll erreicht werden, dass die zahnärztliche Versorgung für Versicherte durch Zusammenarbeit mit engagierten und besonders qualifizierten Zahnärzten hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung verbessert wird. Neben der üblichen und standardisierten ambulanten zahnärztlichen Versorgung werden Leistungen zur Prävention, Zahnpflege und Zahnerhaltung angeboten.

Beginn: _____ Als betreuenden Zahnarzt wähle ich:



Zahnarztpraxis
Bodenseestraße
Dr. Michael Konrad
Bodenseestraße 1
88048 Friedrichshafen

Diese Wahlentscheidung kann aus wichtigem Grund geändert werden. Mit der elektronischen Datenerhebung beim Zahnarzt und dem Datenaustausch mit der Krankenkasse und anderen Mitbehandlern - **auch über ein externes Rechenzentrum** - bin ich einverstanden.

Die Teilnahme kann frühestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Beitritt schriftlich gegenüber der Krankenkasse widerrufen werden. **Die Kündigungsfrist richtet sich nach der Satzung der beteiligten Krankenkasse.** Aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel) ist eine vorzeitige Beendigung immer möglich.

Mit dieser Erklärung ist die Verpflichtung verbunden, ambulante zahnärztliche Leistungen nur durch den betreuenden Zahnarzt in Anspruch zu nehmen. Nur bei Vorliegen eines besonderen Grundes (z.B. Notfall, Urlaub) können auch andere als die vertragsgebundenen Zahnärzte in Anspruch genommen werden.

Ich verpflichte mich außerdem, alle vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten und Abweichungen mit dem betreuenden Zahnarzt abzustimmen. Mir ist bekannt, dass ich von der Teilnahme dieser besonderen Versorgungsform ausgeschlossen werden kann, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme.

weitere teilnehmende Familienangehörige:

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich erkläre hiermit verbindlich die Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform. Ich habe eine Zweitschrift dieser Teilnahmeerklärung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift Krankenkasse BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, Winterstraße 49, 33649 Bielefeld