

Patientendaten

Daten des Erziehungsberechtigten

.....
Vor- und Zuname

.....
Vor- und Zuname

.....
Adresse

.....
Adresse

.....
PLZ Ort

.....
PLZ Ort

.....
Versicherungsnummer

.....
Versicherungsnummer

Kieferorthopädische Behandlung – Kassenzahnsperre

Compliance (Mitarbeit) des Patienten

Gemäß § 21 des Gesamtvertrages zur Kassenzahnsperre ist der Patient **zur Compliance (Mitarbeit) verpflichtet und aufgefordert**, die Anweisungen des behandelnden Vertragskieferorthopäden zu befolgen.

Ist der Patient „non-compliant“, dh missachtet er die Anweisungen des KFO-Behandlers, kann dies einen Behandlungsabbruch zur Folge haben.

Ein Patient ist „non-compliant“ bei....

- ➔ **mangelnder Mundhygiene** - diese muss unbedingt nahezu perfekt sein und sollte von einem Erziehungsberechtigten kontrolliert werden.
- ➔ **laufender Terminversäumnis**, da es ansonsten zu einer Verschlechterung und damit Behandlungsverzögerung kommen kann. Wurden Behandlungstermine vereinbart, sind diese rechtzeitig, in der Regel 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls wird jede versäumte Ordinationsstunde mit dzt. € 175 (Tarif lt. AHR) verrechnet.
- ➔ **Nichtbefolgung therapeutischer Maßnahmen**, zB Tragen von Gummizügen oder funktionskieferorthopädischen oder abnehmbaren Geräten oder Headgear etc.
- ➔ **mutwilligem Zerstören von Behandlungsgeräten** (nur 2 Reparaturen)

Schritt 1: Das Warnsystem bei Non-Compliance besagt, dass mit der zweiten dem Patienten ausgesprochenen und dokumentierten Warnung, der Krankenversicherungsträger über das e-Card-System informiert wird. (§ 21 Abs 1)

Schritt 2: Nach erfolgter Information des Krankenversicherungsträgers durch den Vertragskieferorthopäden wird der Patient durch den Träger über die Konsequenzen fortgesetzter Non-Compliance aufgeklärt. (§ 21 Abs 2)

Schritt 3: Ist der Patient trotz Aufklärung weiterhin non-compliant, ist der Behandlungsabbruch vorzunehmen. (§ 21 Abs 3)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Compliance bei meiner KFO-Behandlung/ bei der KFO-Behandlung meines Kindes in der Ordination des Vertragskieferorthopäden

Dr., in.....

aufgeklärt wurde und diese Aufklärung verstanden habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten und/oder
des Erziehungsberechtigten