

Mitteilung über den Abbruch der Parodontitisbehandlung

Name der Patientin/des Patienten: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zu Beginn Ihrer Parodontitisbehandlung hatten wir Sie darauf hingewiesen, dass wir nur dann einen Behandlungserfolg erzielen können, wenn die einzelnen Behandlungsschritte und -termine eingehalten werden. Genaue Vorgaben hierzu macht uns eine Vereinbarung, die die Krankenkassen mit den Zahnärzten geschlossen haben.

Leider haben Sie erneut einen wichtigen Termin versäumt, der aufgrund dieser Vereinbarung auch nicht nachgeholt werden kann. Einen Behandlungserfolg können wir daher nicht mehr sicherstellen und die laufende Parodontitisbehandlung muss abgebrochen werden.

Ich habe die obenstehenden Informationen zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten