

## **Einverständniserklärung:**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service zum Recall / zur Nachsorge an.

Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recallterminen persönlich mit Ihnen vereinbart werden.

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab.

Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres "Recall-Service" an Untersuchungen und / oder Behandlungen,  
damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ihr Praxisteam

## **Patienteninformation und Einverständniserklärung für das Recall**

Anrede \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Ich möchte den "Recall-Service" Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen

Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und / oder zur Behandlung.  
Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

---

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten