IP 1 – 4 und FU-Dokumentation - *Entwurf*

Zahnarztpraxis-Adresse:

KFO-Praxis-Adresse:

1. Wurden die Eltern und der/die Patient/in bisher über IP-/FU-Leistungen aufgeklärt?

   Von der ZA-Praxis: ☐ ja ☐ nein

   Datum: Klicken oder tippen Sie Uhr: Klicken oder tippen Sie hier, um

   Von der KFO-Praxis: ☐ ja ☐ nein

   Datum: Klicken oder tippen Sie Uhr: Klicken oder tippen Sie hier, um

   Von den Eltern/Patient/in: ☐ ja ☐ nein

   Datum: Klicken oder tippen Sie Uhr: Klicken oder tippen Sie hier, um

2. Wurde das IP-/FU-Leistungsprogramm gestartet?

   Von der ZA-Praxis: ☐ ja ☐ nein

   Datum: Klicken oder tippen Sie Uhr: Klicken oder tippen Sie hier, um

   Von der KFO-Praxis: ☐ ja ☐ nein

   Datum: Klicken oder tippen Sie Uhr: Klicken oder tippen Sie hier, um

3. Übernimmt die Zahnarztpraxis *alle* IP-/FU-Leistungen?

   ☐ ja ☐ nein

   Übernimmt die KFO-Praxis *alle* IP-/FU-Leistungen?

   ☐ ja ☐ nein