



Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z

zwischen _____

und Zahnarztpraxis Dr. Werzmirzowsky

für _____

Patient / Mitversicherter (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen bzw. gesetzlichen Vertreter)

Nachfolgende privat Zahnärztliche Behandlung wird vereinbart:

Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung		
GOZ 1040	Professionelle Zahnreinigung; je Zahn, je Implantat, je Brückenglied		
Betrag	<input type="checkbox"/> 50 € wenige harte und weiche Beläge oder durchschnittlich viele harte und weiche Beläge an wenigen Zähnen	<input type="checkbox"/> 70 € durchschnittlich viele harte und weiche Beläge oder überdurchschnittlich viele harte und weiche Beläge an wenigen Zähnen	<input type="checkbox"/> 90 € überdurchschnittlich viele harte und weiche Beläge

Die aufgeführte Behandlung

- ist **nicht** im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten
- geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V)
- entspricht nicht den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung

Erklärung des Versicherten:

Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt darüber aufgeklärt worden, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden. Ich weiß, dass die Kosten dieser Behandlung gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden und verpflichte mich, die anfallenden Kosten selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung oder Bezuschussung dieser Behandlungskosten durch meine Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

Arnschwang, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger
bzw. gesetzlicher Vertreter