

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 für Zahn _____ vereinbart:

(entsprechend der Anzahl der Kanäle bitte ankreuzen)

GOZ Nr. Leistungsbeschreibung		<input type="checkbox"/> 1 Kanal	<input type="checkbox"/> 2 Kanäle	<input type="checkbox"/> 3 Kanäle	<input type="checkbox"/> 4 Kanäle
2400 Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	Faktor	2,667	2,032	3,4722	2,9845
	Anzahl	2	4	6	8
	Betrag	21,00	32,00	82,00	94,00
2420 Elektrophysikalisch-chemische Wurzelkanalbehandlung	Faktor	2,286	2,286	2,3699	2,286
	Anzahl	1	2	3	4
	Betrag	9,00	18,00	28,00	36,00
2060 Präparation einer Kavität und Restauration in Adhäsivtechnik, einfächig	Faktor	2,2979			
	Anzahl	1			
	Betrag	68,11			
MKF abzügl. BEMA-Sachleistungen	Betrag	-38,11			
Gesamtbetrag		60,00 €	80,00 €	140,00 €	160,00 €

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.

Mir ist zudem bewusst, dass die Kosten auch zu bezahlen sind, falls sich der Zahn nach Beginn der Behandlung trotz aller Bemühungen als nicht behandelbar oder nicht-erhaltbar erweisen sollte und schlimmstenfalls entfernt werden muss.

Arnschwang, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt



Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger
bzw. gesetzlicher Vertreter