

MUSTER

Zahlungsvereinbarung für kieferorthopädische Behandlung

zwischen

Herrn / Frau (Patient/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter)

Anschrift

und

Herrn / Frau (Zahnarzt)

Anschrift

Für die im kieferorthopädischen Heil- und Kostenplan Nr. _____ vom _____
für den Zeitraum von _____ festgesetzten Gebühren
nach den Geb.-Nrn. _____ GOZ werden **Abschlagszahlungen** vereinbart.

Die Abschläge werden unabhängig von Anzahl und Zeitpunkt der Behandlungstermine neben den sonstigen anfallenden zahnärztlichen Leistungen ____ jährlich wie nachfolgend in Rechnung gestellt:

Nr.	Teilbetrag		Leistung	Faktor	Betrag
		Ok			
		Uk			

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Steigerungssätze (Faktoren) für die vorstehend genannten Gebühren erst nach Ausführung der Leistungen nach Ablauf der geplanten Behandlungsdauer (Zeitraum s. o.) in der abschließend zu erstellenden Liquidation gemessen an Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umständen bei der Ausführung festgelegt werden.

Die nach dieser Vereinbarung vom Zahlungspflichtigen zu leistenden Abschlagszahlungen werden in der Abschlussliquidation verrechnet.

Ort / Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Unterschrift des Zahnarztes

Dem Zahlungspflichtigen bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.