

MUSTER

Vereinbarung privatärztlicher Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten

zwischen

Herrn / Frau (Patient/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter)

Anschrift

und

Herrn / Frau (Zahnarzt)

Anschrift

Erklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen

Ich bin von meiner Zahnärztin/meinem Zahnarzt über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung aufgeklärt worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Die im beiliegenden Heil- und Kostenplan Nr. _____ vom _____
aufgeführten zahnärztlichen Leistungen sind kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung der in diesem Heil- und Kostenplan aufgeführten Behandlungsmaßnahmen und die Übernahme der entstehenden Behandlungskosten. Ich bin darüber unterrichtet, dass die gesetzliche Krankenversicherung (Krankenkasse) zu diesen Kosten **keinen** Zuschuss gewährt.

Ort / Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Unterschrift des Zahnarztes

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