

MUSTER

**Vereinbarung**  
gem. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ bzw. § 2 GOÄ

zwischen

\_\_\_\_\_

Herrn / Frau (Zahnarzt)

\_\_\_\_\_

Anschrift

und

\_\_\_\_\_

Herrn / Frau (Patient/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_

Anschrift

als gesetzliche/r Vertreter/in für die Behandlung von

\_\_\_\_\_

Patient

Gemäß § 2 Abs. 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden für folgende zahnärztliche Leistungen die aufgeführten Gebühren vereinbart:

Region	Nr.	Leistung	Faktor	Anzahl	Betrag
Gesamt					

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Zahnarztes