**Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ**

Zwischen ZA Dr. MSc. Reiner-Maria Mustersternchen

Und \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abweichend vom Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vereinbaren o.a. Personen nach persönlicher Aufklärung für die folgenden Leistungen die aufgeführten Honorare und Steigerungssätze:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geb-Nr.** | **Leistung** | **Anzahl** | **Faktor** | **Betrag** |
|  |  |  |  |  |
| 2360 | Extirpation einer vitalen Pulpa (je Kanal) |  | x | y |
| 2390 | Trepanation |  | x | y |
| 2400 | Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (bis zu 2x je Kanal und Sitzung) |  | x | y |
| 2410 | Aufbereitung eines Wurzelkanals |  | xx | yy |
| 2420 | Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden (je Kanal und Sitzung) |  | xxx | yyy |
| 2430 | Medikamentöse Einlage |  | xxxx | Yyyy |
| 2440 | Füllung eines Wurzelkanals |  | xxxxx | yyyyy |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtbetrag** |  |

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach Ihrem Versicherungsvertrag

Ort Datum Unterschrift Zahnarzt/ärztin

Ort Datum Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r