**Vereinbarung einer privatzahnärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen Regelungen der GKV**

**gem. § 8 Abs. 7 Bundesmantelvertrag Zahnärzte**

zwischen Dr, ZÄ MSc. Kai-Kim Mustersternchen

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

Über endodontische Zusatzleistungen. Diese Leistungen sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Zahn \_\_\_\_, Zahl der Wurzelkanäle\_\_\_\_ , Zahl der geplanten Behandlungssitzungen\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geb-Nr.** | **Leistung** | **Anzahl** | **Faktor** | **Betrag** |
|  |  |  |  |  |
| 2400 | Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (bis zu 2x je Kanal und Sitzung) |  | x | y |
| 2420 | Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden (je Kanal und Sitzung) |  | xx | yy |
| 5000a | Intrakoronare und intrakanaläre Diagnostik (IKD) (je Sitzung) |  | xxx | yyy |

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

Erklärung des Versicherten:

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich versicherter Patient 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. Ich wünsche ausdrücklich, auf der Grundlage des oben genannten Heil- und Kostenplans 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.

Ort Datum Unterschrift Zahnarzt/ärztin

Ort Datum Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r

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

Zwischen ZA Dr. MSc. Kim-Kai 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** |
|  |  |  |  |  |
| 2400 | Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (bis zu 2x je Kanal und Sitzung) |  | x | y |
| 2420 | Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden (je Kanal und Sitzung) |  | xx | yy |

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist - abhängig von den Versicherungskonditionen - möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Ort Datum Unterschrift Zahnarzt/ärztin

Ort Datum Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r