

Vereinbarung einer Privatbehandlung

mit **gesetzlich** versicherten Patienten

gemäß. § 4 Abs. 5b BMV-Z (für Primärkassen) bzw. gemäß § 7 Abs. 7 EKV-Z (für Ersatzkassen)

Name des Versicherten/Patienten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich, aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) parodontaldiagnostisch als Privatpatient behandelt zu werden.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

Zahn	Leistungsbeschreibung	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Steigerungsfaktor	Betrag in €
	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung, auch mittels Fernsprecher	GOÄ 3			
	Symptombezogene Untersuchung	GOÄ 5			
	Entnahme/Aufbereitung von Abstrichmaterial zur biologischen Untersuchung	GOÄ 298			
Material- und Laborkosten					35,70 €
Gesamtbetrag					

Die im Kostenplan verwendeten Steigerungsfaktoren können sich ändern, wenn während der Behandlung erschwerte Umstände der Ausführung, eine erhöhte Schwierigkeit oder ein erhöhter Zeitaufwand eintreten, die einen höheren Steigerungsfaktor rechtfertigen. Der definitive Steigerungsfaktor kann daher erst während der Behandlung festgesetzt werden.

Die aufgeführte Behandlung:

- ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (BEMA) enthalten und damit nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Behandlung der gesetzlichen Krankenversicherung.
- geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12 und § 70 SGB V).
- geht über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hinaus.
- wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

Erklärung des Patienten/Versicherten:

Nach eingehender Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten bin ich mit der im Heil- und Kostenplan angegebenen Behandlung einverstanden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die gesetzliche Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann. Ich verpflichte mich, diese Kosten selbst zu tragen.

Eine Ausfertigung dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Patient / Zahlungspflichtiger

Ort, Datum

Zahnarzt

Muster