

Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V

Erstvereinbarung Folgevereinbarung

Vereinbarungsnummer: _____

<p>[Name, Adresse Zahnarztpraxis]</p> <p>[Anrede] [Vorname Nachname Versicherte/r] [Straße Hausnummer] [PLZ Ort]</p>
--

<p>Vertragszahnarztstempel</p>

Zwischen _____
Zahlungspflichtige/r
und _____
Zahnärztin/Zahnarzt
für _____
Versicherte/r (falls abweichend von Zahlungspflichtiger / vom Zahlungspflichtigen)

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privat Zahnärztliche Leistungen und private Material- und Laborkosten vereinbart:

Kostenübersicht (Details siehe Anhang)

Leistungen	Betrag in EUR
Privat Zahnärztliche Leistungen nach GOZ/GOÄ	_____
Abzüglich von der Krankenkasse zu tragender Kostenanteil nach BEMA	_____
<i>Zwischensumme</i>	_____
Voraussichtliche private Material- und Laborkosten	_____
Ihr voraussichtlicher Kostenanteil	_____

Aufklärung über zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung und über Behandlungsalternativen, Verpflichtung zur Übernahme von Mehrkosten

Meine Zahnärztin/mein Zahnarzt hat mir verschiedene kieferorthopädische Behandlungsmethoden erklärt. Sie/er hat mich informiert, dass ich Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung habe, bei der meine Krankenkasse alle Kosten trägt (Leistungen nach BEMA) und bei der ich nichts zusätzlich zahlen muss. Hierauf haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch. Diese Behandlung ist erprobt, sie entspricht dem Stand der Zahnmedizinischen Wissenschaft.

Im Wissen um den grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die Behandlung die oben genannten privaten Leistungen. Ich verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtige/r

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

