

# Vereinbarung einer Privatbehandlung

mit **privat** versicherten Patienten

gemäß. § 2 Abs. 3 GOZ

zwischen:

\_\_\_\_\_  
Patient / Zahlungspflichtiger

und:

\_\_\_\_\_  
Praxis / Zahnarzt

Die vereinbarte Privatbehandlung wird gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Anderslautenden Bestimmungen, Richtlinien und Auffassungen seitens privater Krankenversicherungen oder Beihilfestellen hinsichtlich der Abrechenbarkeit verschiedener Materialien und Positionen der GOZ und GOÄ kann nicht gefolgt werden. Eine Erstattung seitens privater Krankenversicherungen oder Beihilfestellen oder anderer kostenerstattender Stellen kann daher nicht gewährleistet werden.

Die Behandlung wird gemäß § 2 Abs. 3 GOZ in folgendem Heil- und Kostenplan vereinbart:

## Heil- und Kostenplan:

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 €
<b>Gesamtbetrag</b>					

Auf dem angegebenen Heil- und Kostenplan werden voraussichtliche Leistungen und deren voraussichtliche Kosten aufgeführt. Der genaue Behandlungsumfang ergibt sich während der Behandlung. Es können noch Leistungen, die nicht vorhersehbar sind, hinzukommen. Die im Heil- und 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 endgültige Steigerungsfaktor kann aus diesem Grund erst während der Behandlung festgelegt werden.

Eine Erstattung der im Heil- und Kostenplan vereinbarten Leistungsvergütungen durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen ist möglicherweise nicht gewährleistet.

Eine Ausfertigung dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patient / Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt

Muster