

# Vereinbarung einer Privatbehandlung

## gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z Bundemantelvertrag Zahnärzte

GKV-Versicherter/Patient:

Name, Vorname

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 auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

## Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

oder siehe Heil- und Kostenplan nach GOZ/GOÄ

Die ausgeführte Behandlung

- ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
- geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 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.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann.

Zahlungspflichtiger

Ort Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtiger

Zahnärztin / Zahnarzt

Ort Datum

Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

Pflichtfeld

# Vereinbarung einer Privatbehandlung

## gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z Bundesmantelvertrag Zahnärzte

GKV-Versicherter/Patient:

Name, Vorname

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 auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

## Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

oder siehe Heil- und Kostenplan nach GOZ/GOÄ

Die ausgeführte Behandlung

- ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
- geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 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.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann.

Zahlungspflichtiger

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtiger

Pflichtfeld

Zahnärztin / Zahnarzt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort

Datum

Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes