

Therapieplan / Heil- und Kostenplan

Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ

Vereinbarung von Verlangensleistungen zwischen:

Patient / Zahlungspflichtiger

Name, Vorname

Zahnarzt / Zahnärztin

Name, Vorname

Nach eingehender Aufklärung des o. g. Patienten über die Behandlung und die dazugehörigen Kosten sowie über die Art der Leistung verlangt der o. g. Patient / Zahlungspflichtige von o. g. Zahnärztin / Zahnarzt im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ Leistungen, die über das Maß der zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen.

Die Vergütung dieser Leistungen wird in diesem Therapieplan wie folgt vereinbart:

Zahn / Gebiet	GOZ-Leistung	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Faktor	Betrag
					Euro
					Euro
					Euro

oder siehe beigefügter Therapieplan

Zahnärztliches Honorar:	Euro
Material- und Laborkosten (geschätzt):	Euro
Voraussichtliche Gesamtkosten:	Euro

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Dem Zahlungspflichtigen wurde ein Duplikat der Vereinbarung ausgehändigt.

Zahlungspflichtiger	Zahnärztin / Zahnarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift des Zahlungspflichtigen	Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

Pflichtfeld

Therapieplan / Heil- und Kostenplan

Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ

Vereinbarung von Verlangensleistungen zwischen:

Patient / Zahlungspflichtiger

Name, Vorname

Zahnarzt / Zahnärztin

Name, Vorname

Nach eingehender Aufklärung des o. g. Patienten über die Behandlung und die dazugehörigen Kosten sowie über die Art der Leistung verlangt der o. g. Patient / Zahlungspflichtige von o. g. Zahnärztin / Zahnarzt im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ Leistungen, die über das Maß der zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen.

Die Vergütung dieser Leistungen wird in diesem Therapieplan wie folgt vereinbart:

Zahn / Gebiet	GOZ-Leistung	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Faktor	Betrag
					Euro
					Euro
					Euro

oder siehe beigefügter Therapieplan

Zahnärztliches Honorar:	Euro
Material- und Laborkosten (geschätzt):	Euro
Voraussichtliche Gesamtkosten:	Euro

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Dem Zahlungspflichtigen wurde ein Duplikat der Vereinbarung ausgehändigt.

Zahlungspflichtiger	Zahnärztin / Zahnarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift des Zahlungspflichtigen	Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

Pflichtfeld