

**Vereinbarung einer Privatbehandlung  
gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ**

zwischen:

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

und:

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt

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:**

Siehe beigefügter Heil- und Kostenplan

Nach der GOZ '87 und/oder GOÄ '82:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die aufgeführte Behandlung**

wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

ist **nicht** im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V).

entspricht nicht den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung.

**Erklärung des Versicherten**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtiger

# Erklärung

Gemäß § 7 Abs. 7 EKV-Z bzw. § 4 Abs. 5 BMV-Z  
und Heil- und Kostenplan

für

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ Versicherte(r)

Vereinbarungsgemäß wird hiermit für die gewünschten Behandlungsleistungen am Zahn/an den  
Zähnen \_\_\_\_\_ nebst zugehörigen Material- und ggf. Laborkosten nach  
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) dieser Heil- und Kostenplan aufgestellt:

<b>Geb.-Nr.</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Leistung</b>	<b>Faktor</b>	<b>Betrag EURO</b>
002	1	Heil- und Kostenplan auf Wunsch	2,3	11,63
204	1	Anlegen von Kofferdam	2,3	8,41
239	1	Trepanation/Präp. Zugangskavität	2,3	8,41
241	3	Aufbereitung eines Wurzelkanals	3,2	151,20
244	3	lateral kondens. Wurzelfüll. je Kanal	3,5	118,11
<b>ca. Summe</b>				<b>297,76</b>

Nach objektiver Darstellung der in der vertragszahnärztlichen Versorgung möglichen Art der  
Wurzelfüllung als »Sachleistung« erklärt der oben genannte Versicherte, dass er ausdrücklich  
wünscht, auf eigene Kosten eine »lateral kondensierte Wurzelfüllung« zu erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen)

# Heil- und Kostenplan

gemäß § 7 Abs. 7 EKV-Z bzw. § 4 Abs. 5 BMV-Z

zur vereinbarten Behandlung in Form der »lateral kondensierten Wurzelfüllung

für

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ Versicherte(r)

Vereinbarungsgemäß wird hiermit für die gewünschten Behandlungsleistungen am Zahn/an den Zähnen \_\_\_\_\_ nebst zugehörigen Material- und ggf. Laborkosten nach Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) dieser Heil- und Kostenplan aufgestellt:

Geb.-Nr.	Anzahl	Leistung	Faktor x	Einfachsatz	Betrag EURO
002	1	Heil- und Kostenplan auf Wunsch	2,3	5,06	11,63
008	1	Oberflächenanästhesie	2,0	1,69	3,38
009	2	Infiltrationsanästhesie	2,3	3,37	15,50
203	1	besondere Maßn. bei Präp./Füll.	2,0	3,66	7,32
204	1	Anlegen von Kofferdam	2,3	3,66	8,41
230	1	Entfernen eines Wurzelstiftes	2,3	15,19	34,93
239	1	Trepanation/Präp. Zugangskavität	2,3	3,66	8,41
240	6	elektrometr. Längenbestimm. je Kanal	3,2	3,94	75,60
241	3	Aufbereitung eines Wurzelkanals	3,2	15,75	151,20
242	3	zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methode	2,3	3,94	27,18
243a	3	analog f. Lasersterilisat. je Kanal	3,0	7,31	65,79
244	3	lateral kondens. Wurzelfüll. je Kanal	3,5	11,25	118,11
Ä5000	2	Zahn-Röntgenaufnahme je Projektion	1,8	2,92	10,51
zzgl. Materialkosten gem. § 4 Abs. 3 GOZ/§ 3 i.V.m. § 10 GOÄ ca.					50,00
<b>ca. Summe</b>					<b>587,97</b>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich oben aufgeführte Leistungen ausdrücklich verlange. Ich bin mir bewusst, dass mein ausdrückliches Verlangen nach den Leistungen dieses Heil- und Kostenplanes gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ die nachträgliche Einrede der Nichtnotwendigkeit der Leistungen nicht mehr gestattet und auch für im Nachhinein als nicht notwendig erachtete Leistungen eine Zahlungsverpflichtung bestehen bleibt.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen)



# Erklärung

Gemäß § 7 Abs. 7 EKV-Z bzw. § 4 Abs. 5 BMV-Z  
und Heil- und Kostenplan

für

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ Versicherte(r)

Vereinbarungsgemäß wird hiermit für die gewünschten Behandlungsleistungen am Zahn/an den Zähnen \_\_\_\_\_ nebst zugehörigen Material- und ggf. Laborkosten nach Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) dieser Heil- und Kostenplan aufgestellt:

<b>Geb.-Nr.</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Leistung</b>	<b>Faktor</b>	<b>Betrag EURO</b>
002	1	Heil- und Kostenplan auf Wunsch	2,3	11,63
240	6	elektrometrische Längenbestimmung je Kanal	3,2	75,60
			<b>ca. Summe</b>	<b>87,23</b>

Nach objektiver Darstellung der in der vertragszahnärztlichen Versorgung möglichen Art der Wurzelfüllung als »Sachleistung« erklärt der oben genannte Versicherte, dass er ausdrücklich wünscht, auf eigene Kosten eine »elektrometrische Längenbestimmung« zur exakten Längenvermessung der Wurzelkanäle zu erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen)