

## Abweichende Vereinbarung (Verlangensleistung) gemäß § 2 Abs. 3 GOZ

zwischen Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

und (Patient/Versicherter) \_\_\_\_\_

Entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte §2 Abs. 3 wünsche ich die nachfolgende **Zahnaufhellungsbehandlung**. Es handelt sich um eine Leistung auf Verlangen gemäß § 1 Abs 2 der GOZ (Leistungen, die über das Maß der zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen). Diese ist nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten. Daher erfolgt erfolgt die Abrechnung mit Analogpositionen gemäß § 6 Abs.1 GOZ.

GOZ	Leistungstext	Faktor	Honorar	Material-/Labor- kosten ca.	Kosten ca.	Anzahl	Gesamtkosten ca.
	Kosmetische Zahnaufhellung beider Kiefer mit Opalescence™ Go						
	Kosmetische Zahnaufhellung je Kiefer mit Opalescence™ PF						
	Medizinische Zahnaufhellung je Kiefer mit Opalescence™ Boost™						
	Medizinische Zahnaufhellung einzelner Zähne mit Opalescence™ Boost™						
	Medizinische Zahnaufhellung eines devitalen Zahnes mit Opalescence™ Endo						
	Mikroabrasion je Zahn mit Opalustre™						

### Erklärung des Zahlungspflichtigen:

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass in der Regel keine Kostenerstattung durch die Krankenkasse möglich ist.

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

**x** \_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt/Praxisteam

**x** \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

## Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z

zwischen Zahnarztpraxis \_\_\_\_\_

und (Patient/Versicherter) \_\_\_\_\_

Als gesetzlich Versicherter habe ich das Recht nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich eine zusätzliche Privatbehandlung auf Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die folgende Behandlung ist kein Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und wird ausschließlich auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

Siehe Heil- und Kostenplan bzw. abweichende Vereinbarung

### Erklärung des Zahlungspflichtigen:

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass in der Regel keine Kostenerstattung durch die Krankenkasse möglich ist.

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

x

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt/Praxisteam

x

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient