

Mehrkostenvereinbarung für Füllungsalternativen
gem. § 28 Abs. 2 SGB V

zwischen

Herrn / Frau (Patient / Zahlungspflichtiger bzw. gesetzlicher Vertreter)

PLZ

Ort

Straße / Hausnummer

und

Herrn / Frau (Zahnarzt / Zahnärztin)

Die nachstehend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen gehen über eine gem. § 12 SGB V ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung bei Füllungstherapien hinaus. Unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wünsche ich eine Versorgung in Form von

- Kunststofffüllungen als dentinadhäsive Rekonstruktion und / oder
- Inlays

Die Mehrkosten für die gewählte Füllungstherapie werden wie folgt veranschlagt:

Zahn /Region	Geb.-Ziffer	Leistungsbezeichnung	Faktor	Betrag
		Abzüglich Kassenleistung entsprechend dem geltendem Punktwert		
Gesamtbetrag				

(Eine abschließende Festsetzung des zahnärztlichen Honorars ist nach den allgemeinen Bestimmungen der GOZ erst nach Abschluss der Behandlung möglich. Ebenso können auch die Material- und Laborkosten lediglich vorausgeschätzt werden. Die tatsächliche Höhe bestimmt sich nach der konkreten Abrechnung der zahntechnischen Leistungen.)

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt / Zahnärztin

Unterschrift des Zahlungspflichtigen
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Dem Zahlungspflichtigen bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.