

## Vereinbarung über privat Zahnärztliche Leistungen bei der kieferorthopädischen Behandlung

Zwischen

\_\_\_\_\_

Zahlungspflichtige/-r

und

\_\_\_\_\_

Zahnärztin / Zahnarzt

für

\_\_\_\_\_

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

werden für die vorgesehene kieferorthopädische Behandlung folgende privat Zahnärztlichen Leistungen vereinbart, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden:

Beschreibung der Leistung	Voraussichtliche Kosten für die zahnärztlichen Leistungen	Voraussichtliche Kosten für Material und Labor
<b>Voraussichtlicher Gesamtbetrag in €</b>		

### Erklärung des Versicherten:

Ich bin von meinem Zahnarzt/Kieferorthopäden über meinen rechtlichen Anspruch informiert worden, eine kieferorthopädische Behandlung (für mein Kind) zu erhalten, bei der ich keine Zuzahlung leisten muss. Ich bin auch darüber informiert worden, dass Fehlstellungen der Zähne mit unterschiedlichen Maßnahmen beseitigt werden können, die teilweise nicht von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Im Wissen um meinen grundsätzlichen Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung wünsche ich für die anstehende Behandlung die oben genannten Leistungen. Ich bin darüber informiert worden, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Ich bin darüber informiert worden, dass die tatsächlichen Kosten von den oben aufgeführten Schätzbeträgen abweichen können. Ich wünsche die oben dargestellten Leistungen und verpflichte mich, die anfallenden Kosten selbst zu tragen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Zahlungspflichtige/-r

\_\_\_\_\_

Unterschrift Zahnärztin / Zahnarzt