

Vereinbarung über privat Zahnärztliche Leistungen für die optimierte kieferorthopädische Behandlung Ihres Kindes

Zwischen

Felix Test

Zahlungspflichtige/-r

und

Dr. Max Mustermann

Zahnärztin/Zahnarzt

für:

Test, Lisa · geboren: 10.10.2005

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

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

Nr.	Zahn/ Region	Leistung <i>Begründung für höheren Faktor</i>	Anzahl	Faktor	Mat./Labor	Honorar EUR
Moderne Multiband-Komfort-Behandlung mit präziser Bracketanpassung durch indirekte Klebetechnik, Zahnschutzprogramm und Dauerretention						
1040	/ OK,UK	Professionelle Zahnreinigung vor Anbringung der MB-Apparatur, je Zahn	24	1,50		56,64
1040	/ OK,UK	Professionelle Zahnreinigung nach Entfernung der MB-Apparatur, je Zahn	24	2,30		86,64
4060	/ OK,UK	Nachreinigung einschließlich Politur, je Zahn (5x Bürstenreinigung)	120	3,00		140,40
1020		Prophylaxesystem mit Fluorlack nach Bürstenreinigung	5	2,30		32,30
2000	/ OK,UK	Glattflächenversiegelung, je Zahn	20	1,80		182,20
6100	/ OK,UK	Eingliederung eines Klebebrackets	20	3,00		556,80
		<i>Überdurchschnittlicher Zeitaufwand durch schwierige Adaption größenabweichender Brackets zur Findung der geeigneten Position bei optimaler Kraftübertragung abzüglich BEMA-Leistung 126a</i>				
6150		Eingliederung eines ungeteilten Bogen	10	2,30		646,80
		<i>Erhöhte Schwierigkeit und Zeitaufwand durch komplizierte therapeutische Anpassung zur gezielten Kraftapplikation abzüglich BEMA-Leistung 128a</i>				
		feststehende Hilfsapparatur	1		125,00	
0302		Indirekte Klebetechnik mehr als 10 Zähne: inkl. vermessen, Zahnachsenstellung ermitteln, Setzpunkte festlegen	1		61,15	
7432		Optimales Bracketpositionieren mit indiv. Basis, je Zahn	20		69,00	
0001		Modell aus Hartgips	2		15,70	
		Präzisionsübertragungstray über 6 Zähne	2		158,48	
6100	/ 33-43	Linguale Klebestelle, je Zahn	6	3,50		194,88
6140	/ UK	Eingliederung eines Teilbogens	1	2,30		27,16
0050		Abformung oder Teilabformung eines Kiefers	1	2,30		15,52
0001		Modell aus Hartgips	1		7,85	
Zwischensumme Honorar in EUR					437,18	1939,34
abzgl. Vorleistungen anderer Kostenträger in EUR						-612,00
Gesamtbetrag in EUR						<u>1764,52</u>

Nr.	Zahn/ Kiefer	Bema	Leistung <i>Begründung für höheren Faktor</i>	Anzahl Faktor	Mat./Labor	Honorar EUR
-----	-----------------	------	--	---------------	------------	-----------------------

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.

Frankfurt,

Ort, Datum

Musterstadt, den 02.10.2018

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtige/-r_____
Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

