

## Zahnarztpraxis Dr. Böttcher & Kollegen

Dr. med. Robert Böttcher

Dr. med. dent. Nadine Handschuck

Clara-Zetkin-Straße 6a

99885 Ohrdruf, den .....

Tel.: 03624/311583 Fax: 03624/311538

### Kostenvoranschlag DVT-Aufnahme

#### **ERKLÄRUNG:**

Die Richtlinien der Krankenkassen verlangen, dass „der Vertragszahnarzt sich den Wunsch der Berechtigten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen soll“.

Bitte haben Sie Verständnis für diese bürokratische Maßnahme, die dem Vertrauensverhältnis, das zwischen Ihnen und mir besteht, nicht gerecht wird.

Nach § 4 Abs. 5b BMV-Z/§ 8 Abs. 3 EKV-Z/§ 13 Abs. 2 SGB V ist mir bekannt, dass ich als gesetzlich krankenversicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage meiner Krankenkassensicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Ich bin von meinem Zahnarzt über die ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung und Behandlungsalternativen aufgeklärt worden.

Mein Zahnarzt hat mir erklärt, dass die nachfolgend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen nicht zur kassenzahnärztlichen Versorgung gehören, und deshalb von der Krankenkasse nicht übernommen bzw. bezuschusst werden. Deshalb vereinbare ich mit dem Zahnarzt, dass dieser folgende zahnärztliche Leistungen – auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 2012/GOÄ) – erbringen soll:

| Leistung                    | Beschreibung/Faktorbegründung               | Einfach | Anz. | Faktor | Gesamt        |
|-----------------------------|---|---------|------|--------|---------------|
| Ä5370                       | Computertomographie                         | 116,42  | 1    | 1,8    | 209,56        |
| Ä5377                       | 3-D-Rekonstruktion nach Computertomographie | 46,57   | 1    | 1,0    | 46,57         |
| <b>Summe gesamt ca. EUR</b> |   |         |      |        | <b>256,13</b> |

Ich verpflichte mich, diese Leistungen selbst nach Rechnungsausstellung zu bezahlen, ohne Rücksicht darauf, ob mir etwa Ansprüche gegen eine private Krankenversicherung oder Krankenkasse (bei freiwillig Versicherten) zustehen.

Der Patient/Versicherte bestätigt, eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Name

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des Zahnarztes