



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

**Vereinbarung einer privat Zahnärztlichen Behandlung**  
**außerhalb der vertraglichen Regelungen der GKV gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z**

zwischen \_\_\_\_\_ und Zahnärztin Dr. Carolin Böting  
Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

Die unterzeichnenden Vertragspartner vereinbaren eine privat Zahnärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) auf der Grundlage folgender Aufstellung:

Zahn	Geb.-Nr.	Leistungsbezeichnung	Faktor	Betrag EUR
		Wurzelkanalbehandlung inkl. Wurzelfüllung		
	2400	Elektrometrische Längenmessung	2,3	
	2420	Elektrophysikalisch-chemische Methoden	2,3	
		Ein Kanal		<b>54,30</b>
		Zwei Kanäle		<b>108,60</b>
		Drei Kanäle		<b>162,90</b>
		Vier Kanäle		<b>217,20</b>
<b>Voraussichtliche Gesamtkosten</b>				

**Erklärung der/des Versicherten:**

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich versicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe.

Ich wünsche ausdrücklich, auf der Grundlage des oben genannten Heil- und Kostenplans privat behandelt zu werden.

Ich weiß, dass die Kosten dieser Behandlung gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden und verpflichte mich, die anfallenden Kosten selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung oder Bezuschussung dieser Behandlungskosten durch meine Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt/-ärztin