

Vereinbarung einer privatärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß §4 Absatz 5 des Bundesmantelvertrag Zahnärzte bzw. gemäß §7 Absatz 7 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte.

**Zwischen**

---

**Name: Patient/-in, gesetzlicher Vertreter**

**und**

**Zahnärztin Christine Lindberg, Helmut-Steidl-Platz 1, 22143 Hamburg**

Die unterzeichnenden Vertragspartner vereinbaren eine Privatärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ/GOÄ) auf der Grundlage des beigefügten Heil- und Kostenplans für die professionelle Zahnreinigung bzw. nach GOZ-Nr. 1040 und/oder GOZ-Nr. 1000 von ca.

€ 100- 135

**Erklärung des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters des Patienten:**

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich versicherter Patient das Recht habe, unter der Vorlage meines gültigen Versicherungsnachweises nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenkasse behandelt zu werden und einen 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 die 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.

---

Datum, Unterschrift Zahnarzt

Christine Lindberg

---

Datum, Unterschrift Patient/-in

gesetzlicher Vertreter