**Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ**

Zwischen ZA Dr. MSc. Kim-Kai Mustersternchen

Und \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abweichend vom Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vereinbaren o.a. Personen nach persönlicher Aufklärung für die folgenden Leistungen die aufgeführten Honorare und Steigerungssätze:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zähne** | **Anzahl** | **Nr.** | **Leistungsbeschreibung** | **Faktor** | **Betrag** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1000 | Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten | x | y |
|  |  | 1010 | Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten | xx | yy |
|  |  | 1020 | Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung | xxx | yyy |
|  |  | 1030 | Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer | xxxx | yyyy |
|  |  | 2000 | Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn | xxxxx | yyyyy |
|  |  | 1040 | Professionelle Zahnreinigung je Zahn | xxxxxx | yyyyyy |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtbetrag** |  |

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Die Höhe der Erstattung regelt sich nach Ihrem Versicherungsvertrag.

Ort Datum Unterschrift Zahnarzt/ärztin

Ort Datum Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r