**Mehrkostenvereinbarung für Füllungsalternativen**

**gemäß § 28 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**

Zwischen ZA Dr. MSc. Reiner-Maria Mustersternchen

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

Die nachstehend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen gehen über eine gemäß § 12 SGB V ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung bei Füllungstherapien hinaus. Ich wünsche nach persönlicher Aufklärung eine Versorgung mit Kompositrestauration(en) in Adhäsivtechnik unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 2012)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zähne** | **Anzahl** | **Nr.** | **Leistungsbeschreibung** | **Mehrkosten**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 2060 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig | x |
|  |  | 2080 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig | xx |
|  |  | 2100 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig | xxx |
|  |  | 2120 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig  | xxxx |

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

Eine verbindliche Festsetzung der Steigerungsfaktoren erfolgt mit separater Vereinbarung.

Ort Datum Unterschrift Zahnarzt/ärztin

Ort Datum Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r

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

Zwischen ZA Dr. MSc. Reiner-Maria 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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anzahl** | **Nr.** | **Leistungsbeschreibung** | **Faktor** | **Betrag** |
|  |  |  |  |  |
|  | 2060 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig | x | y |
|  | 2080 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig | xx | yy |
|  | 2100 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig | xxx | yyy |
|  | 2120 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig  | xxxx | yyyy |

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

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist - abhängig von Ihren Versicherungs-konditionen - möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Ort Datum Unterschrift Zahnarzt/ärztin

Ort Datum Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r