

# Mehrkostenvereinbarung für endodontische Leistungen

## Anlage 3

zwischen den Versicherten der

\_\_\_\_\_ Krankenkasse

\_\_\_\_\_ Herrn/Frau (Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_ PLZ

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_ und

\_\_\_\_\_ Herrn/Frau (Zahnarzt/Zahnärztin)

Die nachstehend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen gehen über eine gem. § 12 SGB V ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung hinaus, welche mir ebenfalls vom Zahnarzt angeboten worden ist. Unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wünsche ich

gemäß der Endo-Qualitätsvereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg und der o. g. Krankenkasse eine Versorgung, die über die Grundversorgung bei der Wurzelbehandlung hinausgeht:

Die Mehrkosten werden wie folgt veranschlagt:

Zahn	Geb.-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Faktor	Euro-Betrag
		Zwischensumme		
		abzüglich Kassenleistung (EUR)		
		voraussichtlicher Eigenanteil		
Gesamtbetrag				

(Eine abschließende Festsetzung des zahnärztlichen Honorars ist nach den allgemeinen Bestimmungen der GOZ erst nach Abschluss der Behandlung möglich. Ebenso können auch die Materialkosten lediglich vorausgeschätzt werden.)

Dem Zahlungspflichtigen bzw. seinem gesetzlichen Vertreter wurde ein Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

\_\_\_\_\_ Ort/Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

\_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherter  
bzw. des gesetzlichen Vertreters