

Vereinbarung einer Privatbehandlung nach § 4 Abs. 5 BMV-Z (Primärkassen-Versicherte) bzw. § 7 Abs. 7 des EKV-Z (Ersatzkassen-Versicherte)

Ich bin von meiner(m) Zahnärztin/Zahnarzt über die ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungsmethoden im Rahmen der Kassenversorgung und über Behandlungsalternativen aufgeklärt worden. Ich wurde von meiner(m) Zahnärztin/Zahnarzt darauf hingewiesen, dass die nachfolgend beschriebenen zahnärztlichen Leistungen

- nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen enthalten sind *1
- nicht den Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung entsprechen *2
- über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistung hinausgehen (nicht richtlinienkonform) *3
- auf Wunsch des Patienten erbracht werden *4

und deshalb nicht von der Krankenkasse übernommen bzw. bezuschusst werden. Ich wünsche daher, diese Leistungen auf eigene Kosten in Anspruch zu nehmen und vereinbare hiermit mit der Zahnärztin/dem Zahnarzt, dass sie/er folgende Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen soll:

Zahn	GOZ-Nr. GOÄ-Nr. GOZ analog GOÄ analog	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Steigerungsfaktor	Euro-Betrag
Zuzüglich zahntechnische Leistungen, Labor- und Materialkosten, Auslagen					
Voraussichtliche Gesamtkosten ca					

Bei den aufgeführten Leistungen (falls zutreffend bitte ankreuzen)

- gemäß beigefügten Heil- und Kostenplan wie oben vereinbart

handelt es sich um:

- medizinisch nicht notwendige Leistungen gem. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ (Verlangensleistung pauschal oder analog)
- eine selbständige zahnärztliche Leistung gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 GOZ (Analogleistung nach der GOZ)
- eine selbständige zahnärztliche Leistung gem. § 6 Abs. 1 Satz 2 GOZ (Analogleistung nach der GOÄ)

Ich verpflichte mich, die aufgeführten Kosten selbst zu tragen, wobei ich von meinem Zahnarzt darüber unterrichtet worden bin, dass eine Erstattung der Bezuschussung der Vergütung oben genannter Leistungen durch meine Krankenkasse oder sonstige Erstattungsstellen nicht gewährleistet ist.

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Patient/in bzw. Zahlungspflichtige/r

*1 NICHT IM LEISTUNGSKATALOG DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN ENTHALTEN

- Wenn die Behandlungsmaßnahme gesetzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist z. B. KFO-Behandlung für Erwachsene, Individualprophylaxe für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, Professionelle Zahnreinigung, Gnathologie, Implantologie (soweit keine Ausnahme nach § 28 Abs. 2 SGB V).
- Wenn die Behandlungsmaßnahme als neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen noch nicht als vertragszahnärztliche Leistung anerkannt ist, (z.B. Speicheltest, Membrantechnik, DVT).
- Wenn die Behandlungsmaßnahme in den Beschreibungen und Bewertungen der abrechnungsfähigen vertragszahnärztlichen Leistungen im BEMA nicht enthalten sind:
 - entweder obsolete Leistungen (z.B. Oberflächenanästhesie) oder
 - ohnehin nicht im Bema enthalten (z.B. Elektrometrische Längenbestimmung)
 - weder in der GOZ noch in der GOÄ enthaltene Leistungen (z.B. Bleaching)

*2 ENTSPRICHT NICHT DEN RICHTLINIEN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSOR- GUNG

- Wenn die Behandlung gegen die Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung verstößt, z. B. Wurzelbe- handlung bei ungünstiger Prognose, Freiendbrücken in Schaltlücken im Molarenbereich usw.
- grundsätzlich mikrobiologische Diagnostik und lokale Antibiotikatherapie

*3 GEHT ÜBER DAS MASS DER AUSREICHENDEN, ZWECKMÄSSIGEN UND WIRTSCHAFTLICHEN LEISTUNG (NICHT RICHTLINIENKONFORM) HINAUS

- Wenn die Behandlungsmaßnahme dem in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Kranken- kassen konkretisierten Wirtschaftlichkeitsgebot nicht entspricht z. B. mehr als 3 medikamentöse Einlagen (Nr. 34 – Med) bei Wurzelbehandlung)
- Anästhesie, die nicht dringend erforderlich ist
- Zahnsteinentfernung mehr als einmal pro Kalenderjahr

Achtung:

Wenn die Behandlungsmaßnahme unter eine der gesetzlichen Mehrkostenregelungen fällt, ist nicht das All-in-One- Formular anzuwenden, sondern für diese Sonderkonstellationen gilt

- das Mehrkostenformular für Füllungen
- das Mehrkostenformular (HKP Teil 2) für prothetische Leistungen,
- das Mehrkostenformular für endodontische Leistungen (siehe IKK und (neu) AOK,
- das Mehrkostenformular für Kieferorthopädie (AOK, IKK, LKK)

*4 LEISTUNG ERFOLGT AUF WUNSCH DES PATIENTEN

Wenn und sofern der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden

- d. h. zahnmedizinisch nicht notwendige Leistungen (Verlangensleistungen) z.B. Austausch von intakten Amal- gamfüllungen
- Bleaching soweit ohne medizinische Indikation
- Veneer aus ästhetischen Gründen