

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Name der Krankenkasse | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Vertragszahnarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |

Anlage zur Kfo-Vereinbarung vom 01.01.2005

Mehrkostenvereinbarung für kieferorthopädische Behandlung*

Erklärung des Versicherten

Ich bin von meinem Behandler darüber informiert worden, dass ich als Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass

über den Umfang einer vertragszahnärztlichen kieferorthopädischen Versorgung hinausgehen.

Ich bin bereit, die hierfür anfallenden Mehrkosten in Höhe von _____ EUR zu bezahlen. Eine Kostenbeteiligung der Krankenkasse an den Mehrkosten kann nicht erfolgen.

GOZ-Nrn. _____ EUR _____

abzüglich

Bema-Nrn. _____ EUR _____

Gegenrechnung der Material- und Laborkosten

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/
Erziehungsberechtigten

* Der mittels EDV erstellte Ausdruck dieser Vereinbarung kann drucker- und programmbedingte Abweichungen von dem in der Anlage zur KFO-Vereinbarung befindlichem Muster für eine „Mehrkostenvereinbarung für kieferorthopädische Behandlung“ enthalten.