

Anlage 2

Mehrkostenvereinbarung für die Glattflächenversiegelung im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung

zwischen dem Versicherten der IKK Brandenburg und Berlin

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

PLZ

Ort

Straße/Hausnummer

und

Herrn/Frau (Zahnarzt/Zahnärztin)

Die nachstehend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen gehen über eine gemäß § 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 Vereinbarung zur Glattflächenversiegelung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg und der IKK Brandenburg und Berlin eine Versorgung, die über die Grundversorgung hinausgeht:

Die Mehrkosten werden wie folgt veranschlagt:

Zahn	Geb.-Ziffer	Leistungsbezeichnung	Faktor	Betrag/EUR
		abzüglich IKK-Zuschuss (höchstens zweimal je KFO-Behandlung)		- 100,00
		voraussichtlicher Eigenanteil (EUR)		
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.)

Ort, Datum

Unterschrift
Zahnarzt/Zahnärztin

Unterschrift
des zahlungspflichtigen bzw.
gesetzlichen Vertreters

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