

**Anlage 3**

**Mehrkostenvereinbarung für endodontische Leistungen**

zwischen dem 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	Leistungsbezeichnung	Faktor	Betrag/EUR
		abzüglich Kassenleistung (EUR)		
		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. des gesetzlichen Vertreters

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