Anschrift der Praxis:

**Abweichende Vereinbarung über**

**Verlangensleistungen gem. § 2 Abs. 3 GOZ**

zwischen

      (), geb. am      ,

      (Anschrift)

und

      ().

Nach eingehender Aufklärung  über die Behandlung, insbesondere deren fehlende zahnmedizinische Notwendigkeit, und die dazugehörigen Kosten sowie über die Art der Leistung (Verlangensleistung), wünscht  von  Leistungen gem. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ. Die  der  in diesem Heil- und Kostenplan wie folgt vereinbart:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zahn/**  **Region** | **GOZ-Nr./ GOÄ Nr. (soweit vorhanden)** | **Leistungsbeschreibung** | **Anzahl** | **Gebühren-**  **satz** | **€-Betrag** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Gesamtbetrag | | | | |  |

***Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.***

Zahlungspflichtigen wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

     , den      .

............................................................. .............................................................

Unterschrift (Unterschrift )