

## Aufklärung und Vereinbarung zur privaten zahnärztlichen Behandlung

---

(Name und Anschrift des Patienten)

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich als Versicherter im Basistarif der privaten Krankenversicherung nur Anspruch auf Erstattung der Kosten für solche Leistungen habe, die mit denen der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) vergleichbar sind. Ebenso wird für diese Standardversorgung die Gebührenbemessung auf das 2,0fache begrenzt.

Ich wünsche jedoch ausdrücklich eine zahnärztliche Behandlung unabhängig von diesen Beschränkungen des Basistarifs der PKV (Private Versicherung).

Diese Privatleistungen werden auf Grundlage der GOZ berechnet, mit einem Gebührensatz von mindestens 2,3 oder höher.

Da diese Maßnahmen nicht vom Basistarif umfasst sind, erfolgt voraussichtlich keine Erstattungsleistung durch die Private Versicherung.

Ich bin damit einverstanden, die nichterstatteten Kosten selbst zu tragen.

---

(Unterschrift Patient)

---

(Ort, Datum)

Stand 05.2020

*Alle Angaben wurden mit größter Sorgfalt von der ZAB Abrechnungsgesellschaft mbH erarbeitet und zusammengestellt. Haftung und Gewähr der Inhalte schließt die ZAB aus. Insbesondere bzgl. Aktualität, Richtigkeit, Vollständigkeit und Qualität der Informationen. Dies ist durch eventuelle Änderungen und die daraus resultierenden Kommentierung und Gerichtsurteile die entstehen, begründet. Haftungsansprüche gegen die ZAB Abrechnungsgesellschaft mbH sind grundsätzlich ausgeschlossen.*