

## Patienteninformation/Erklärung als Musterschreiben

### Information und Einverständniserklärung des Versicherten über „Analoge Leistungen“

Sehr geehrte Frau ,  
Sehr geehrter Herr ,

im Zuge Ihrer Behandlung werden Leistungen als sogenannte „analoge Leistungen“ berechnet, die aufgrund neuer Entwicklungen in der Zahnmedizin nicht ständig in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 2012 berücksichtigt werden können.

Der Verordnungsgeber erlaubt durch den § 6 Abs. 1 der GOZ bzw. § 6 Abs. 2 GOÄ, auch auf andere als in der GOZ/GOÄ enthaltene Gebühren zurückzugreifen. Für Leistungen, die demnach nicht in der GOZ und auch nicht in der GOÄ enthalten sind, ist es mir möglich, eine Leistung aus der GOZ oder der GOÄ heranzuziehen und sie praktisch als „Ersatzposition“ für die neue Leistung abzurechnen.

Für eine Analogberechnung ist es auch nicht erforderlich, dass die fragliche Leistung bereits wissenschaftlich allgemein anerkannt ist. Jede Leistung kann analog berechnet werden, die nicht in der Gebührenordnung GOZ bzw. Gebührenordnung GOÄ enthalten ist.

Bedauerlicherweise gibt es, trotz der eindeutigen Möglichkeit der Analogberechnung durch den Verordnungsgeber, Erstattungsschwierigkeiten mit meist negativer Kostenübernahme.

Ob nun Ihr Versicherungsträger diesbezüglich Einschränkungen in seiner Erstattungspraxis vornimmt bzw. vertraglich ausgeschlossen hat, kann ich als Ihr behandelnder Zahnarzt nicht bewerten und kann darauf leider auch keine Rücksicht nehmen. Ich möchte Sie daher ausdrücklich darauf hinweisen, dass es nach Rechnungsstellung, nicht zur Berücksichtigung der von mir in Ansatz gebrachten analogen Leistung kommen kann.

Bitte haben Sie dafür Verständnis.

#### **Erklärung**

*Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Erstattung **analoger Leistungen**, im Rahmen meiner zahnärztlichen Versorgung, durch meine private Versicherung/Beihilfestelle vermutlich nicht gewährleistet ist.*

*Ich verpflichte mich daher, diese Leistungen nach Rechnungslegung zu bezahlen, ohne Rücksicht darauf, ob eine Erstattung durch meine private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen erfolgt.*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient