

Muster

Ich bin von der Praxis _____ über die Gültigkeit der Gebührenordnung GOZ und GOÄ aufgeklärt worden.

Mir ist bekannt, dass eine Beschränkung des Gebührenrahmens auf reduzierte GOZ-/GOÄ-Sätze in der Praxis nur für Notfallbehandlungen denkbar ist.

Ich wünsche eine darüber hinausgehende Beratung und Behandlung. Ich verpflichte mich, die in einem Heil- und Kostenplan aufgeführten Kosten zu bezahlen und evtl. Differenzen gegenüber Erstattungsstellen oder deren Erstattung selbst zu tragen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung durch meine Versicherung nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

..... Ort Datum

.....

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

.....

Unterschrift Kieferorthopäde Stempel