

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

zwischen

\_\_\_\_\_  
Patient/-in (Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Zahlungspflichtige/r (Name, Anschrift)\*

und

\_\_\_\_\_  
Zahnarzt (Name, Anschrift/ Stempel)

Nach eingehender Aufklärung über die Behandlung und die dadurch entstehenden Kosten, sowie über die Art der Leistungen (zahnmedizinisch nicht notwendige Leistungen auf Verlangen) verlangt der/die Zahlungspflichtige auf Wunsch des/der Patienten/-in vom o.g. Zahnarzt/Zahnärztin nachfolgende Leistungen samt nachfolgenden Vergütungen:

Gebiet	Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Faktor	Euro
zzgl. Kosten für zahntechnische Leistungen gemäß § 9 GOZ					
zzgl. Kosten für Material gemäß §§ 3 und 4 Abs. 3 GOZ					
<b><u>Gesamtkosten</u></b>					

Dem/der Zahlungspflichtigen ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung(-en) oben genannter Leistung(-en) durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht gewährleistet ist.

Der/die Patient/in und der/die Zahlungspflichtige\* bestätigen, eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in

\_\_\_\_\_  
Zahlungspflichtige/r\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin

\* sofern abweichend vom Patient