

Vereinbarung über eine Privatbehandlung

gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z in Verbindung mit § 2 Abs. 3 GOZ

Ich wurde darüber informiert, dass das im **MVZ Zahnzentrum Wetterau** angebotene Behandlungskonzept über den reinen chirurgischen Eingriff hinausgeht und unter anderem folgende Leistungen umfasst:



- eine ausführliche funktionsorientierte Diagnostik,
- die Durchführung der Frenotomie mittels Laser,
- die Einbindung in ein interdisziplinäres therapeutisches Netzwerk,
- fachlichen Austausch mit beteiligten Therapeuten und Ärzten,
- strukturierte Nachbetreuung sowie
- erforderliche Nachkontrollen.

Art, Umfang und Durchführung dieser Leistungen sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (BEMA) und werden daher als **Wahlleistungen ausschließlich privat** erbracht.

Mir ist bekannt, dass grundsätzlich ein Anspruch auf Behandlung nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Die hier vereinbarten Leistungen gehen jedoch in Art und Umfang über die BEMA-Leistungen hinaus.

Bei Reattachment kann eine erneute Trennung/Nachlasern erforderlich werden; Kosten: 250 Euro.

Eine mögliche (Teil-)Erstattung durch private Kranken- oder Zusatzversicherungen ist eigenständig mit dem jeweiligen Versicherer zu klären.

Ich wünsche ausdrücklich und aus freier Entscheidung die Durchführung der Behandlung als Privatleistung.

Kosten

- **Erstberatung:** 300 Euro
- Erfolgt die Frenotomie in derselben Sitzung wie die Erstberatung, ist die Diagnostik im Gesamtpreis enthalten.
- **Frenotomie:**
 - 1 Band (Zungen-, Lippen- oder Wangenband): **250 Euro**
 - Jedes weitere Band: **150 Euro**

Die Abrechnung erfolgt als Privatleistung.

Die Kosten sind unmittelbar nach Durchführung der Behandlung vor Ort per EC-Zahlung zu entrichten.

Erklärung

Ich bestätige, dass ich über Art, Umfang und Kosten der Privatleistung informiert wurde.

Mir ist bekannt, dass die Entscheidung zur Privatbehandlung freiwillig erfolgt und unabhängig von der medizinischen Aufklärung getroffen wird.

Name des Kindes / Patienten: _____

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____

Datum, Unterschrift Behandler/in: _____