

# Privatvereinbarung

gemäß § 2 Absatz 1 und 2 GOZ

zwischen

Name Vorname

geb. am

durch die Praxis

## Erklärung des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hiermit bestätige ich den Wunsch, dass ich im Rahmen einer privaten kieferorthopädischen Therapie versorgt werden möchte. Die dazu notwendige Diagnostik und Planung ist in jedem Fall von mir zu bezahlen, würde aber im Falle einer Behandlung auf die Gesamtkosten angerechnet werden.

GOZ-Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Betrag in Euro
<b>Summe zahnärztlicher Leistungen</b>				
<b>geschätzte Material- und Laborkosten</b>				
<b>voraussichtlicher Gesamtbetrag:</b>				

Möglicherweise ist eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungs- bzw. Beihilfestellen nicht in vollem Umfang gewährleistet. Über diesen Sachverhalt wurde ich eingehend aufgeklärt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/Zahlungspflichtigen

Praxisstempel

Logo Praxis/Labor

Muster Firma • Musterstraße 0 • 0000 Musterort  
 Tel. +00 (0) 0000 0000 • Fax +00 (0) 0000 0000  
 muster@muster.at • www.muster.at  
[www.staraligner.at](http://www.staraligner.at)