

Vorschau für:

Schließen ✕

Kostenvereinbarung – Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Die Vorschau dient der Orientierung und weicht möglicherweise von der Darstellung des Dokuments ab.

ZME

ZAHN | MEDIZIN | ERWITTE

PRAXIS DR.BAEZ

Patient*in: {{patient_vorname}} {{patient_nachname}}
Geburtsdatum: {{patient_geburtsdatum}}

Kostenvereinbarung – Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Brauchen Sie Hilfe?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Im Rahmen der professionellen Zahnreinigung werden die Zähne sorgfältig, systematisch und umfassend gereinigt.

Die Behandlung erfolgt in einem Zeitfenster von ca. 45 Minuten und umfasst u. a. die gründliche Entfernung von harten und weichen Belägen, Biofilm und Verfärbungen sowie die Reinigung der Zahnzwischenräume, subgingivaler Bereiche und schwer zugänglicher Areale.

Die Abrechnung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nach der Position **1040** (professionelle Zahnreinigung) und **wird zahnbezogen (pro Zahn) berechnet.**

Die Leistung nach GOZ-Position **1010** (Kontrolle des Mundhygienestatus /

Mundhygieneunterweisung) **ist in der Regel Bestandteil der professionellen Zahnreinigung und kann je nach individuellem Behandlungsbedarf zusätzlich erbracht und berechnet werden.**

Der Steigerungsfaktor gemäß § 5 GOZ wird unter Berücksichtigung von Zeitaufwand, Schwierigkeit der Durchführung und individuellen patientenbezogenen Gegebenheiten festgelegt.

Ein erhöhter Faktor kann insbesondere medizinisch begründet sein bei:

- parodontalen Vorerkrankungen bzw. unterstützender Parodontitistherapie
- erschwertem Zugang zu Zahnoberflächen und Zahnzwischenräumen
- vermehrter Mundtrockenheit, z. B. im Zusammenhang mit CPAP-Therapie, Medikamenteneinnahme oder systemischen Erkrankungen
- erhöhtem Zeitaufwand aufgrund individueller anatomischer oder funktioneller Gegebenheiten
- erhöhtem Belag- und Biofilmaufkommen
- vorhandenen Implantaten, festsitzendem oder herausnehmbarem Zahnersatz

Dem/der Patient*in ist bekannt, dass es sich um eine privat zu vergütende Leistung handelt, die nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Eine vollständige oder teilweise Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen kann nicht garantiert werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der Behandlung sowie der Abrechnung gemäß GOZ 1040 pro Zahn sowie ggf. GOZ 1010 und dem individuell festgelegten Steigerungsfaktor einverstanden.

Erwitte, den {{datum_heute}}

Unterschrift

Hier klicken zum Unterschreiben.

*Unterschrift Patient*in*