

Vorschau für:

MKV Füllung

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

Schließen ✕

ZME

ZAHN | MEDIZIN | ERWITTE

PRAXIS DR.BAEZ

Mehrkostenvereinbarung für zahnärztliche Füllungstherapie gemäß § 2 Abs. 3 SGB V

zwischen der Zahnarztpraxis:

Zahn-Medizin-Erwitte (ZME) Praxis Dr. Baez, M. Sc.

und dem Patienten/der Patientin:

{{patient_nachname}}, {{patient_vorname}}, geb. am {{patient_geburtsdatum}}

1. Befund und geplante Maßnahme:

Am Zahn

Zahn-Nr.

ist eine kariöse Läsion vorhanden. Eine plastische Füllung ist medizinisch notwendig.

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Füllungsversorgung (z. B. Amalgam im Seitenzahnbereich, einfache Füllungen im Frontzahnbereich).

Der Patient/die Patientin wünscht jedoch eine höherwertige Füllung aus einem modernen Kompositmaterial mit Mehrschichttechnik, verbesserter Ästhetik und ggf. Kofferdam.

Als gesetzlich Versicherte haben Sie Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Standardfüllung. Diese ist jedoch auf einfache, selbstadhäsive Materialien beschränkt und muss wirtschaftlich sein. Hochwertige, langlebige Kompositfüllungen mit Mehrschichttechnik sind keine Kassenleistung. Sie ermöglichen die Versorgung größerer Defekte und tragen zum langfristigen Erhalt Ihrer Zahnschubstanz bei – und können dadurch aufwendigere Versorgungen wie Teilkronen oder Kronen vermeiden helfen.

Brauchen Sie Hilfe?

2. Vereinbarte Mehrkosten (je nach Anzahl der behandelten Flächen):

Anzahl der Flächen	Mehrkosten
1 Fläche	50 €
2 Flächen	60 €
3 Flächen	70 €
4 oder mehr Flächen	80 €

Diese Mehrkosten beziehen sich ausschließlich auf das Material und die aufwändigere Verarbeitung. Die Kassenleistung wird weiterhin über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet.

3. Einverständniserklärung:

Ich wurde umfassend über die Unterschiede zur Kassenleistung, die Vorteile der gewählten Füllung sowie die entstehenden Mehrkosten informiert. Ich bin mit der Durchführung der höherwertigen Versorgung und der privaten Abrechnung des oben genannten Eigenanteils einverstanden.

Erwitte, den
{{datum_heute}}

Unterschrift

Hier klicken zum Unterschreiben.

*Unterschrift Patient*in*

Unterschrift

Hier klicken zum Unterschreiben.

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt