

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

Laut **§28 Abs. 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (SGB V)** besteht bezüglich Zahnersatz folgende rechtliche Regelung:

„Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt **nicht** für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden“

Dementsprechend erhalten Sie **regulär** auf Kosten der Krankenkasse (d.h. ohne eine Zuzahlung)  
o im Seitenzahnbereich Amalgam- oder Zementfüllungen  
o im Frontzahn-Bereich einfarbige Kunststofffüllungen.

## Seitenzahnbereich



## Frontzahnbereich



**Erklärung des Versicherten:**

Ich bin von meinem behandelnden Zahnarzt über die nach den Richtlinien des Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche und vollwertige Versorgung mit Zahnfüllungen aufgeklärt worden.

Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung meiner Zähne  
o durch Kompositfüllungen in Mehrschicht-Mehrfarbtechnik  
o mit individueller Charakterisierung.

Die Kosten für den zeitlichen Mehraufwand sowie das zusätzliche Material belaufen sich auf ca. **25,- Euro je Zahnfläche** und werden in einer genauen Aufstellung im Anschluss an die Behandlung in Rechnung gestellt.

Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die Zahlung erfolgt am Tag bar oder mit EC Karte.

<b>Zahn</b>	<b>zu behandelnde Flächen</b>	<b>voraussichtliche Kosten</b>
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
		Euro
<b>voraussichtliche Gesamtkosten der Zuzahlung</b>		<b>Euro</b>

**Ich verpflichte mich die dafür anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.**

NAME BITTE AUCH IN DRUCKBUCHSTABEN : \_\_\_\_\_

Bad Ems,  
Ort, Datum

Zahnärztin / Zahnarzt

Patientin / Patient