


**Kosteninformation  
Professionellen Zahnreinigung (PZR) / Bleaching**

 Zahnarztpraxis Heindel

Vereinbarung über zusätzliche Kosten bei Professioneller Zahnreinigung / Bleaching  
(gem. § 2 Abs. 3 GOZ)

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Und

Praxisstempel

Ich bin von meinem Zahnarzt über die private Leistung bei der Professionellen Zahnreinigung (PZR) / Bleaching ausreichend informiert worden.

Über mögliche Zahnfleischreizungen und Überempfindlichkeiten der Zähne wurde ich aufgeklärt. Ferner ist mir bewusst, dass ich während und mindestens 3 Tage nach dem Aufhellungsprozess auf den Verzehr von Nahrungsmitteln mit Farbstoffen und Säuren, sowie Genussmittel (Nikotin, Coffein, Teein, Wein, Cola etc.) einschränken bzw. verzichten muss. Bei Nichtbeachtung kann dieses zu Aufhellungs- und Farbeinschränkungen führen und die Behandlungsdauer verlängern.

Ich verpflichte mich, die nachstehend aufgeführten Kosten selbst zu tragen, wobei ich von meinem Zahnarzt darüber unterrichtet worden bin, dass eine Erstattung oder eine Bezuschussung dieser Kosten durch meine Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

Entsprechend der vertraglichen Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (§ 2 Abs. 3 GOZ = Leistung auf Verlangen) von 01.01.1988 wünsche ich eine zahnärztliche Behandlung gemäß folgender Leistungsbeschreibung:

Leistungsbezeichnung	Anzahl	Betrag €
<b>Gesamtkosten</b>		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Aufklärender Zahnarzt