



DR. SONJA MÜNCH  
ZAHNÄRZTINNEN  
DR. ROSWITHA GRAF

## FREIE BEHANDLUNGSVEREINBARUNG „ABTRETUNGSVERBOT“

.....  
**Versicherter:** Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich bin privat krankenversichert.

Mir ist bekannt, dass meine Versicherung die Kosten nur im Rahmen meines abgeschlossenen Tarifs übernimmt. Eine Erstattung durch den Versicherer kann nicht vorausgesetzt werden.

Mir ist bekannt, dass mein Zahnarzt seine Liquidation ausschließlich nach der amtlichen Gebührenverordnung und ergangenen Urteilen, nicht aber nach Einschränkung durch Versicherungstarife oder Beihilfebestimmungen erstellen darf.

Mir ist bekannt, dass mein Zahnarzt seine Liquidation nach Zeit- und Arbeitsaufwand erstellt.

Mir wurde erklärt, dass mein Kostenerstatter, je nach Versicherungstarif, möglicherweise nicht alle Kosten übernehmen wird oder muss. Ich weiß, dass mein Zahnarzt diesbezüglichen Schriftverkehr nur in sehr begrenzten Umfang führen kann.

Ich verpflichte mich, eine gebührenkonforme Rechnung ohne Abzüge zu bezahlen, ungeachtet von Reduktionen durch meine Versicherung/Beihilfestelle.

Ich verzichte darauf, Forderungen auf meine Liquidation abzutreten oder zu verpfänden.

Eine Abtretung von Rückerstattungsforderungen an Dritte wird hiermit ausgeschlossen.

Ich wurde ausreichend über diese Vereinbarung aufgeklärt, so dass mir bewusst ist, dass diese Vereinbarung für jeden anfallenden Behandlungsfall volle Gültigkeit hat.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift **Versicherter**

.....  
Unterschrift **Zahnarzt**