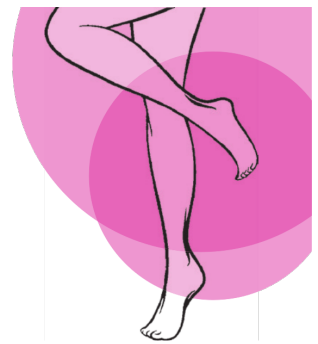




Vereinbarung über eine privatärztliche Behandlung

für gesetzlich Versicherte (§ 3 Abs. 1 und § 18 Abs. 8 BMV-Ä, § 630c Abs. 3 BGB)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Krankenkasse

Versichertennummer

Gewünschte Leistung(en)

- ☐ Verödung von Besenreisern/Krampfadern ☐ Behandlung offener Beine (privat)
- ☐ Hormonanalyse/-substitution nach Rimkus
- ☐ Laboruntersuchungen auf eigenen Wunsch ☐ Infusions-/Injektionsbehandlung
- ☐ Migräne-/Tinnitusbehandlung
- ☐ Kosmetische Behandlung / Entfernung gutartiger Hautveränderung
- ☐ Sonstiges (bitte unten eintragen)

Leistungen im Einzelnen

Voraussichtliche Kosten (laut ärztlicher Auskunft), ca. €

Anzahl Sitzungen, ca.

Erklärung

Ich bin gesetzlich krankenversichert. Ich wünsche ausdrücklich, dass die oben genannten Leistungen privatärztlich erbracht und mir nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden.

Ich wurde vor Beginn der Behandlung darüber informiert, dass

- diese Leistungen nicht oder nicht in dieser Form zum Leistungsumfang meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören bzw. von dieser Praxis nicht als Kassenleistung erbracht werden,
- vergleichbare Leistungen gegebenenfalls von anderen Ärztinnen und Ärzten als Kassenleistung angeboten werden,
- meine Krankenkasse diese Kosten nicht erstattet und ich sie selbst trage,
- die Abrechnung nach GOÄ erfolgt (Regelsätze: ärztliche Leistungen 2,3-fach, technische 1,8-fach, Labor 1,15-fach; bei besonderem Aufwand bis zum Höchstsatz) und Auslagen gesondert berechnet werden.

Alle übrigen, medizinisch notwendigen Leistungen werden weiterhin über meine Versichertenkarte abgerechnet. Diese Vereinbarung kann ich jederzeit für künftige Leistungen schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/Unterschrift Arzt