

Vereinbarung über gewünschte Privat-Behandlung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnhaft:

Krankenkasse:

Ich wünsche die Erbringung der unten angegebenen Leistungen, bzw. Therapien auf privater Basis. Ich bin darauf hingewiesen worden, daß ich die durch diese Behandlungen entstehenden Kosten selbst tragen muss und eine Erstattung seitens meiner Krankenkasse nicht möglich ist.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in ihrer jeweils gültigen Fassung oder bei nicht in der Gebührenordnung aufgeführten Leistungen in Anlehnung an diese.

Ich wurde zuvor über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung informiert und wünsche diese Privat-Behandlung auf eigene Initiative.

Ich bin auch mit einer Abrechnung dieser Leistungen über die Privatärztliche Verrechnungsstelle einverstanden.

Art der Behandlung:

Preis laut Preisliste:

_____, den _____

Unterschrift Versicherter / Erziehungsberechtigter

Stempel / Unterschrift Ärztin / Arzt