Erklärung/Vereinbarung für privatärztliche Behandlung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum

* Ich bestätige, dass ich in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert bin und erkläre ausdrücklich, dass ich Privatbehandlung wünsche.

oder

* Ich bestätige, dass ich in der ........................................... versichert bin und die Rechnung nach GOÄ § 12 ohne Abzüge bezahle.

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung durch Krankenkassen oder Erstattungsstellen auch bei korrekter Rechnungsstellung nach der geltenden ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Diese Erklärung bezieht sich auf folgenden Behandlungszeitraum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diese Erklärung bezieht sich auf folgende Leistungen:

Leistung GOÄ-Nr. Faktor Betrag

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

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

Praxisstempel:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt Unterschrift Patient

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient