



Einverständniserklärung für eine privatärztliche Behandlung in der Vertragsarztpraxis

Ich bin darüber informiert, dass ich einen Anspruch auf notwendige ärztliche Leistungen zu Lasten meiner gesetzlichen Krankenkasse habe.

Nach erfolgter Beratung möchte ich privatärztlich behandelt werden.

Ich wurde informiert, dass die Kosten dieser Leistungen von meiner gesetzlichen Krankenkasse nicht erstattet werden dürfen und auch eine Kosten-Erstattung durch die private Krankenversicherung oder die Beihilfe nicht gewährleistet ist.

Ich bin ferner darüber aufgeklärt worden, dass ich die Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalten werde und selbst zu zahlen habe.

Die Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin