



Einverständniserklärung für eine privatärztliche Behandlung in der Vertragsarztpraxis

Ich bin privat versichert und möchte ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.
Die Leistungen werden entsprechend der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.
Mir ist bekannt, dass einzelne private Krankenkassen oder die Beihilfe die Kosten nicht oder nur teilweise übernehmen.
Ich erkläre mich zur Kostenübernahme bereit.

Die Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin