PRAXIS: _____

Vereinbarung über individuelle Gesundheitsleistungen

Sie wünschen eine Leistung, die Ihre gesetzliche Krankenkasse nicht übernimmt. Bevor wir damit beginnen, halten wir hier fest, um welche Leistung es geht und was sie voraussichtlich kostet.

Stammdaten

Diese Angaben werden zur eindeutigen Zuordnung benötigt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

TT.MM.JJJJ

Versicherung

Gesetzliche Krankenkasse

Gewünschte Leistungen

Von der Praxis vor Beginn der Behandlung auszufüllen.

Leistung 1: Bezeichnung, GOÄ-Nummer, Steigerungssatz, voraussichtlicher Betrag

Leistung 2: Bezeichnung, GOÄ-Nummer, Steigerungssatz, voraussichtlicher Betrag

Leistung 3: Bezeichnung, GOÄ-Nummer, Steigerungssatz, voraussichtlicher Betrag

Auslagen, z. B. Material oder Labor (voraussichtlicher Betrag)

Voraussichtliche Kosten insgesamt

Hinweise

- Die genannten Leistungen gehören nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht.
- Die Beträge sind voraussichtliche Kosten. Abgerechnet wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie erhalten eine Rechnung.
- Ob eine private Zusatzversicherung Kosten erstattet, klären Sie bitte selbst mit Ihrer Versicherung.
- Die Entscheidung für oder gegen diese Leistungen hat keinen Einfluss auf Ihre übrige Behandlung.

Für die Praxis

Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Unterschrift

Ich wünsche ausdrücklich die oben genannten Leistungen als Privatbehandlung. Ich wurde vor Beginn der Behandlung darauf hingewiesen, dass meine gesetzliche Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt und ich sie selbst trage. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eine Abschrift dieser Vereinbarung habe ich erhalten.