

Erklärung zur privatärztlichen Behandlung

Ich wünsche für mich _____,

eine Privatbehandlung für folgende Bereiche:

O Impfungen die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden

- Beratung	10,71 (GOÄ 1; 2,3 fach)
-Impfung	10,71 (GOÄ 375; 2,3 fach)
-symptombezogene Untersuchung	4,66 (GOÄ 5; 1,0 fach)
O EKG auf Wunsch	33,92€ (GOÄ 657, 2,3 fach)
O Reiseimpfberatung	20,10€ (GOÄ 3, 2,3 fach)
- PLUS notwendige Impfungen	je 10,73€ (GOÄ 375, 2,3 fach) + einmalig 4,66€ (GOÄ 5, 1,0 fach, symptombezogene Untersuchung)

O Untersuchung für Arbeitgeber 10,71€ (GOÄ 1; 2,3 fach)

(Psychisch und Physisch geeignet) 11,37€ (GOÄ 75; 1,5 fach)

Ggf. Erhebung Ganzkörperstatus (entscheidet Arzt) 34,84€ (GOÄ 8; 2,3 fach)

O Beratungsgespräch Patientenverfügung

- 20 min.	40,22€ (GOÄ A34, 2,3 fach)
- > 20 min.	61,20€ (GOÄ A34, 3,5 fach)

- PLUS Mithilfe bei der Erstellung

Und dem Ausfüllen einer Patientenverfügung

- 20 min.	17,43€ (GOÄ A75, 2,3 fach)
- > 20 min.	26,52€ (GOÄ A75, 3,5 fach)

Mir ist durch die Aufklärung des Arztes bekannt, dass diese Leistungen nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden. Der Wunsch für diese Privatbehandlung ist nicht auf Initiative meines behandelnden Arztes zustande gekommen.

Es handelt sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, da diese gewünschte(n) Leistung(en) entweder nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt ist/ sind oder diese Leistung(en) zwar im Leistungskatalog enthalten ist/ sind, für diese jedoch keine medizinische Notwendigkeit besteht. Mein Arzt hat mich informiert, dass die Leistung(en) der gesetzlichen Krankenversicherung eine ausreichende Versorgung ermöglicht.

Mir ist bekannt, dass ich für die gewünschte Privatbehandlung eine Rechnung des behandelnden Arztes erhalte und diese entsprechend zu bezahlen habe. Die zu erwartende Höhe dieser Rechnung habe ich aus beigefügter Aufstellung entnommen. Der Rechnungsbetrag ist am Ende der Behandlung zu begleichen. Mir ist ebenfalls bekannt, dass mein behandelnder Arzt diese Leistung(en) nicht mit meiner Krankenkasse abrechnen kann und diese Privatbehandlung(en) auch nicht von meiner Krankenkasse erstattet werden können.

Homberg, den _____ Unterschrift Patient: _____