

Kostenübernahmeerklärung

Ich wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist (sind) möglicherweise nicht Bestandteil der gesetzlichen/privaten Krankenversicherung. Für die von mir gewünschte(n) Leistung(en) bin ich deshalb selbst zahlungspflichtig. Die Liquidation erfolgt – wenn möglich – über die GOÄ.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die von mir gewünschte(n) Leistung(en) in der Regel weder ganz noch teilweise von meiner Krankenversicherung übernommen wird (werden). Mir ist bekannt, dass auch die im Zusammenhang mit der Privatleistung verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nicht mit meiner Krankenversicherung abgerechnet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt