



Einverständniserklärung über privatärztliche Behandlung

Name des Patienten _____ geb. am _____

Wohnort, Straße, Nr. _____

Versichert bei _____

als Versicherter Familienangehöriger Sonstiges

Ich wünsche eine Behandlung auf privatärztlicher Basis durch die **Ärzte der Familienarztpraxis** in Anspruch zu nehmen.

Ich bin privat versichert u./o. beihilfeberechtigt bzw. zusatzversichert. Der Wunsch zur privatärztlichen Behandlung ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen. Ich wurde über folgendes aufgeklärt:

Die von mir gewünschte Behandlung kann bei meiner privaten Krankenkasse bzw. Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht werden. Allerdings besteht seitens des Versicherers/ Leistungserbringers, je nach erbrachter Leistung des Arztes/der Ärzte sowie dem geschlossenen Versicherungsvertrag, keine Verpflichtung zur vollständigen oder teilweisen Kostenerstattung.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich als Patient der Vertragsnehmer bin und die erbrachte ärztliche Leistung privatärztlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidiert wird. Dies ist, unabhängig von der (nachträglichen) Erstattung durch meine Krankenkasse und/oder Beihilfeversicherung, in vollem Umfang und zeitnah zur Rechnungsstellung von mir zu bezahlen/begleichen (Behandlungsvertrag). Auch eine Erfolgsgarantie kann nicht gewährleistet werden und ist für Rechnungsbegleichung unerheblich.

Ich habe das Infoblatt für Privatpatienten über die Behandlungs- und Abrechnungsmethoden erhalten und bestätige, dass ich den Inhalt zur Kenntnis genommen und verstanden habe

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient)