



Einverständniserklärung über privatärztliche Behandlung
als GKV Versicherter

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 gesetzlich (GKV) krankenversichert (nicht beihilfeberechtigt, nicht zusatzversichert).
Der Wunsch zur privatärztlichen Behandlung ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen.
Ich weiß, dass die von mir gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (gesetzlichen Krankenversicherung) ist.

Die von mir gewünschte Behandlung kann nicht mit meiner gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse auch keinen Anspruch auf vollständige oder teilweise 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 in vollem Umfang und zeitnah zur Rechnungsstellung von mir zu bezahlen/begleichen
Auch eine Erfolgsgarantie kann nicht gewährleistet werden und ist für Rechnungsbegleichung unerheblich.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient)