

Familienarztpraxis Dr. Hellmuth und Kollegen



ERKLÄRUNG DES PATIENTEN

über die Inanspruchnahme von Privatleistungen, individuellen und/ oder nicht anerkannten Gesundheitsleistungen.

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Ich wünsche, durch **die behandelnden Ärzte der Familienarztpraxis Dr. med. Hellmuth** die folgende Leistungen in Anspruch zu nehmen und privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen:

Ich wünsche folgende individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistung):

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatrechnung erhalten werde und diese selbst bezahlen muss.

Mir ist bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf Kostenerstattung habe, da die Leistungen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind.

(Ort, Datum) (Unterschrift Patient)