

# Familienarztpraxis Dr. Hellmuth und Kollegen



## ERKLÄRUNG DES PATIENTEN

Name des Patienten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

### **Sportmedizinische Untersuchung/ Vorsorgeuntersuchung**

lt. Vereinbarung zu Leistung nach § 11 Abs. 6 SGB V      à      €

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

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient)