



PRAXIS
BERLINER ALLEE

Einverständniserklärung über privatärztliche Behandlung

Name:	Vorname:	Geburtsdatum
Anschrift:		

Ich wünsche eine Behandlung auf privatärztlicher Basis durch die behandelnden Ärzte der Praxis Berliner Allee.

Ich bin privat versichert u. / o. beihilfeberechtigt bzw. zusatzversichert.

Der Wunsch zur privatärztlichen Behandlung ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen.

Mein behandelnder Arzt hat mich über folgendes aufgeklärt:

- Die von mir gewünschte Behandlung kann bei meiner privaten Krankenkasse bzw. Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht werden. Allerdings besteht seitens des Leistungserbringers je nach erbrachter Leistung des Arztes sowie dem geschlossenen Versicherungsvertrag **keine** Verpflichtung zur vollständigen oder teilweisen Kostenerstattung (Versicherungsvertrag).
- Mein behandelnder Arzt wird die Leistungen privatärztlich nach der GOÄ mit dem Steigerungssatz 1.8 bis zum 2.3-fachen Satz liquidieren. Sie können aber, je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3.5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt. Die ist unabhängig von der Erstattung der Leistungsträger in vollem Umfang von mir zu bezahlen (Behandlungsvertrag).

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt