Dokumentation- Vertragsvordruck
Erklärung zur Behandlung als Privatpatient
Aktueller Stand: 28.03.2016

Anette Eickert
Ärztin für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin
Chirotherapie,
Palliativmedizin
Qualitätsmanagement

Ich, _____
(Name, Anschrift des Patienten)

geboren am: _____

bin Mitglied der _____ in: _____
(Bezeichnung der Krankenkasse)

Ich möchte von Frau Anette Eickert, Ärztin für Allgemeinmedizin, ärztlich beraten und behandelt werden, und zwar zu folgendem Behandlungskomplex:

_____

Ich erkläre dazu, dass mein Wunsch ist, von der Praxis _____ die vorgenannten Leistungen auf privater Abrechnungsbasis zu erhalten. Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meiner behandelnden Ärztin zu Stande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war vielmehr folgender Sachverhalt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

☐ Die von mir gewünschte Behandlung wird von meiner behandelnde Ärztin aus praxisbedingten Gründen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht angeboten. Die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen jedoch nach Aussage meiner Ärztin eine ausreichende Behandlung

☐ Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht (zwingend) notwendig im Sinne des Gesetzes (§ 12 SGBV) Dies ist mir anhand des Gesetzestextes von meiner Ärztin erläutert worden. Der Gesetzestext ist mir bekannt

> *„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkasse nicht bewilligen.“*

☐ Die von mir gewünschte Behandlung ist zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche aber aus privaten Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Ich weiß, dass die Krankenkasse die Kosten, die für die verlangte privatärztliche Behandlung anfallen, nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. Hierüber bin ich von meiner Ärztin umfassend aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, die für die gewünschte privatärztliche Behandlung anfallen. auf der Grundlage der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) berechnet werden (Steigerungssatz 2,3).

Abschließend erkläre ich, dass ich in Kenntnis des Vorgenannten auf jeden Fall die private Behandlung auf der Grundlage dieser Vereinbarung wünsche. Gleichzeitig erkläre ich, dass keine Umstände vorliegen, die eine freie Willensentscheidung beeinträchtigen können.

Die Behandlung beginnt mit nach der Unterzeichnung dieser Vereinbarung.

_____ _____ _____
(Ort) , (Datum) (Unterschrift des Patienten)