

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung (IGEL)

Name, Vorname des Patienten

Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Ich wünsche durch Herrn Dr. med. _____
die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag Euro

(ggf.) zuzüglich Sachkosten _____ Euro.

Die Gesamtkosten betragen _____ Euro.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt