



Bitte zum Arzt mitnehmen

Pat.-ID:

Behandlungsvertrag für Selbstzahler

Ich , geb. am , wohnhaft
möchte als Selbstzahler von Dres. Remmert / Deuchert / Leitschuh fachärztlich beraten und behandelt werden.

Ich wünsche in diesem Fall eine privatärztliche Untersuchung folgender Organe bzw. urologischer Beschwerdebilder:

- ☐ Nieren
- ☐ Harnblase
- ☐ Prostata
- ☐ Hoden
- ☐ Krebsfrüherkennung
- ☐ Harninkontinenz
- ☐ Erektionsstörung

☐ Sonstiges:

Ich erkläre dazu, dass es mein Wunsch ist, von der o.g. Praxis die ärztlichen Leistungen auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum 1,8-fachen Satz (Ausnahme: Laborleistungen zum 1,15-fachen Satz) zu erhalten.

Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt in diesem Fall nicht.

Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse die Kosten, die für die verlangte privatärztliche Behandlung anfallen, nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. Hierüber bin ich von meinem Arzt aufgeklärt worden.

Mit den o.g. Bedingungen bin ich einverstanden und erkläre, dass keine Umstände vorliegen, die eine freie Willensentscheidung beeinträchtigen können.

Karlstadt,

(Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)