

Muster für eine Patienten-Erklärung inkl. der erforderlichen Honorarvereinbarung

Name und Vorname der Patientin/des Patienten,
Anschrift

Ich wünsche, durch die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt die folgenden Leistungen gemäß
GOÄ in Anspruch zu nehmen:

Angabe der Einzelleistungen nach GOÄ-Ziffern,
Euro-Beträge

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über voraussichtlich Euro

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des
Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich
wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte
Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Datum:

Datum:

Ort:

Ort:

Unterschrift
Ärztin/Arzt

Unterschrift
Patientin/Patient

Anhang zum

Wegweiser für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten
Die private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistungen)

www.aerztekammer-berlin.de