

Erklärung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu Selbstzahlerleistungen

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mail: _____

2. Ärztliche Leistung

Ich wünsche ausdrücklich die Inanspruchnahme folgender Leistungen, die zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören:

Bezeichnung/Art der Leistungen: _____

Ggfs. GOÄ-Ziffer(n): _____

Medizinische Begründung/Zweck: _____

3. Kosten und Vergütung

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die oben genannten Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des geltenden Sachleistungsprinzips übernommen werden und ich diese Leistungen gegebenenfalls in dieser Praxis oder bei einem anderen Vertragsarzt zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen könnte. Dennoch möchte ich ausdrücklich und auf eigenen Wunsch diese

Leistungen als Selbstzahler in Anspruch nehmen und bestätige dies mit unten stehender Unterschrift. Ich wurde darüber informiert, dass sich die Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) richtet.

Voraussichtlicher Gesamtbetrag: _____ Euro.

Diese Kosten und die daraus resultierenden Verordnungskosten sind von mir in voller Höhe selbst zu tragen. Ein Kostenerstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung ist gemäß Paragraf 13 ABS.1 SGB V ausgeschlossen. Ich kann mich auch an die Terminservicestelle der KV R LP (Tel. 116 117) wenden und so die gewünschten Leistungen gegebenenfalls bei einem anderen Vertragsarzt zu einem früheren Zeitpunkt als GKV-Leistung in Anspruch nehmen.

Ich erhalte eine Durchschrift/ein Exemplar dieser Erklärung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Name/Unterschrift Arzt: _____