



OP GOÄ

Einverständniserklärung/Behandlungsvertrag

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, daß ich die Kosten für die im folgenden näher bezeichnete Behandlung/Operation in vollem Umfang übernehmen werde:

Wahlleistung:

.....
.....

Mir ist bekannt, daß die genannte Behandlung/Operation **nicht** Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Die Behandlung/Operation ist jedoch, wie mein Arzt mir versichert hat, aus ärztlicher Sicht sinnvoll.

Ich bitte daher, die Behandlung/Operation bei mir durchzuführen und privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu liquidieren.

Mir ist bekannt, daß die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet und auch nicht berechtigt sind, einen Anteil von dieser Privatliquidation zu erstatten.

Über mögliche Nebenwirkungen und Risiken der o.g. Behandlung/Operation, insbesondere über

.....
.....

wurde ich von ausführlich und hinreichend aufgeklärt.

Die Kosten der Behandlung/Operation (ca. €) werden von mir im Anschluß an die erbrachte Leistung vollständig und ohne Abzüge beglichen.

.....
Unterschrift Arzt

.....
Unterschrift Patient