

Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Patient/-in:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin darüber informiert, dass ich einen Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung gemäß dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung habe.

Darüber hinaus wünsche ich explizit eine ausführliche Beratung und Untersuchung im Rahmen der Diagnostik einer Atlasfehlstellung sowie Aufklärung über die Behandlung.

Hierfür fallen Kosten entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (kurz GOÄ) in Höhe von 30,83 Euro (Ziffer 3 und 5 nach GOÄ) an.

Mir ist bekannt, dass diese individuelle Gesundheitsleistung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung der von mir gewünschten Leistung habe.

Dortmund, den

X

Unterschrift Patient/-in:

Unterschrift Arzt:

Gesamtbetrag: 30,83 Euro

X