

**Privatärztlicher Behandlungsvertrag / Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung**

zwischen

Herrn/ Frau .....

(Name, Vorname)

.....

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

geboren am .....

(nachfolgend Patient / Patientin)

und

.....

(Name, Anschrift Arzt oder Arztstempel)

(nachfolgend Arzt / Ärztin)

Der/die Patient/in wünscht die Durchführung der folgenden Leistungen auf privatärztlicher Basis

.....

Im Rahmen dieser ärztlichen Behandlung können folgende Gebühren anfallen:

Leistung	GOÄ-Nummer	Steigerungssatz	Gebühr

Dieser Wunsch ist auf eigene Initiative des/der Patienten/in zustande gekommen. Die von ihm/ihr gewünschten Leistungen sind zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, der/die Patient/in wünscht jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Dem/der Patienten/in bestätigt hiermit, dass ihm/ihr ausführlich erläutert wurde,  
– wie sie/er die Erkrankung, die Beschwerden zu Lasten der Krankenkasse behandeln kann,  
und

– welche Behandlungsmöglichkeiten es noch gibt, die aber keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind, weil sie nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 des Sozialgesetzbuches V entsprechen oder nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen,  
und

- dass es sich um eine GKV-Leistung handelt, der/die Patient(in) in Anspruch nehmen kann, für die der Arzt jedoch keine Abrechnungsgenehmigung besitzt. Bei zugelassenen Leistungserbringern könnte diese Leistung über Chipkarte abgerechnet werden.

Der/die Patient/in hat sich freiwillig für die Behandlungsmöglichkeit als Privatpatient entschieden. Die Rechnung über diese Behandlung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werde er/sie nach Zugang bezahlen. Ihm/Ihr ist bekannt, dass er/sie als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse auf diese Privatrechnung und für privat verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel keine Kostenerstattung von seiner/ihrer Krankenkasse erhalten kann.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des / der Patienten /Patientin

.....  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin