

Praxis- Logo

Behandlungsvertrag für Ihre individuellen Gesundheitsleistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich dazu entschieden, eine sogenannte „individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)“ von uns zu erhalten. Sie wurden von uns darüber aufgeklärt, dass die nachstehenden Leistungen, die Sie ausdrücklich wünschen, aus unserer Sicht für Sie medizinisch sinnvoll aber nicht medizinisch notwendig sind und nicht zur medizinischen Standardversorgung Ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung gehören, daher in der Regel von dieser auch nicht erstattet werden.

Nachfolgende Erklärung erfolgt Ihrerseits freiwillig.

1. Patientendaten:

Name und Vorname der Patientin / des Patienten:

Anschrift:

2. Gewünschte Leistungen

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt:

3. Kosten für die Durchführung der individuellen Gesundheitsleistung

Im Rahmen der ärztlichen Beratung / Behandlung werden **voraussichtlich** folgende Gebühren gemäß GOÄ anfallen (GOÄ Ziffer, Gebührensatz):

4. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich von der Ärztin / dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken der individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden bin und wünsche die vorstehenden Leistungen ausdrücklich. Mir wurde dazu ausreichend Bedenkzeit eingeräumt.

Ort, Datum, Unterschrift Patientin/Patient