



Dr. med. M. Pfisterer
Arzt
Naturheilverfahren | Akupunktur
Privatpraxis

Einverständniserklärung über privatärztliche Behandlung

Frau / Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße Nr.		
PLZ Ort		

Ich wünsche eine Behandlung auf privatärztlicher Basis durch meinen behandelnden Arzt Dr. Pfisterer in Anspruch zu nehmen.

Ich bin gesetzlich versichert (nicht beihilfeberechtigt, nicht zusatzversichert):

Der Wunsch zur privatärztlichen Behandlung ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen. Ich weiß, dass die von mir gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragärztlichen Versorgung (gesetzliche Krankenversicherung) ist.

Mein behandelnder Arzt hat mich über folgendes aufgeklärt:

Die von mir gewünschte Behandlung kann nicht mit meiner gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise.

Mein behandelnder Arzt wird die Leistungen privatärztlich nach der GOÄ liquidieren. Dies ist von mir zu bezahlen.

Ort Datum	
Unterschrift des Patienten	Unterschrift des Arztes