

---

## Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung

Name und Adresse:

Ich wünsche durch Dr. Dengler/Dr. Lauber

die privatärztliche Behandlung mit folgenden Gesundheitsleistungen, für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag in Euro
Anamnese	A1		10€
Gesundheitsuntersuchung	29b		50€
Attest	70a		20€

**Die Gesamtkosten betragen:**

**80 Euro**

Mir ist bekannt, dass diese Leistung nicht zu den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist von mir selbst zu bezahlen.

Die Vereinbarung schließe ich auf eigenen Wunsch nach Aufklärung über den Sinn der Untersuchung bzw. Therapie und mögliche Nebenwirkungen bzw. negative Folgen.

Sollte ich den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können und spätestens 24 Stunden vor Terminvereinbarung absagen trage ich die Kosten in voller Höhe.

Ort:

Datum:

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt