PATIENTENVEREINBARUNG · FÜR GESETZLICH VERSICHERTE

Mein Wunsch nach Privatbehandlung

Dr. med. Matthias Ulrich · Facharzt für Innere Medizin und Angiologie

Behandelnder Arzt: Dr. med. Matthias Ulrich · Floßplatz 6 · Leipzig

Name, Vorname und Geburtsdatum

Anschrift und gesetzliche Krankenkasse

Ich entscheide mich freiwillig

Ich wünsche ausdrücklich, dass die auf Seite 2 ausgewählten und beschriebenen Leistungen privat erbracht werden. Ich bezahle diese Leistungen selbst. Mein Wunsch geht von mir aus. Ich weiß, dass die Privatsprechstunde keine Behandlung auf Kosten meiner gesetzlichen Krankenkasse ist.

Soweit mir die Untersuchung als Kassenleistung zusteht, kann ich sie auch in der Kassensprechstunde dieser Praxis erhalten. Ich muss keine Privatbehandlung wählen. Wenn ich ablehne, entstehen mir keine Nachteile für meine weitere Kassenbehandlung.

Ich kenne die Kosten

Die Leistungen und voraussichtlichen Kosten auf Seite 2 wurden mir vor Behandlungsbeginn erklärt. Ich erhalte eine Rechnung nach GOÄ und bezahle sie unabhängig davon, ob eine Versicherung Kosten erstattet. Eine Erstattung durch meine gesetzliche Krankenkasse ist in der Regel nicht vorgesehen.

Zusätzliche Privatleistungen und Mehrkosten werden vorher mit mir besprochen und schriftlich ergänzt. Dieselben Leistungen werden nicht zusätzlich über die Gesundheitskarte abgerechnet. Verordnungen im Rahmen dieser Privatbehandlung erfolgen privat und können weitere Kosten verursachen.

Ich kann Fragen stellen und mir Bedenkzeit nehmen. Ich kann die Behandlung jederzeit beenden; bereits erbrachte Leistungen sind zu bezahlen. Notfallbehandlungen werden nicht von dieser Vereinbarung abhängig gemacht.

☐ Ich habe die ausgefüllte Kostenaufstellung auf Seite 2 und eine Kopie dieser Vereinbarung erhalten.

Ort, Datum und Uhrzeit – vor Beginn der Behandlung

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

Unterschrift Arzt

ANLAGE ZUR PATIENTENVEREINBARUNG · VORHER AUSFÜLLEN

Leistungen und Kosten

Dr. med. Matthias Ulrich · Facharzt für Innere Medizin und Angiologie

Name und Geburtsdatum Patient/in · geplanter Behandlungstermin

---

Bitte das vereinbarte Angebot ankreuzen. Alle Angebote umfassen Beratung, Untersuchung und Befundbericht. Die genannten Beträge dienen der Orientierung; die persönliche GOÄ-Aufstellung unten ist vor der Unterschrift zu vervollständigen.

☐ Carotis-Duplex · voraussichtlich 168,73 €
Carotis-Duplex mit IMD-Messung und ergänzender Dopplеruntersuchung

☐ Untersuchung auf pAVK · voraussichtlich 162,23 €
Duplex beider Beinarterien und arterielle Funktionsmessung (TBQ/PWI)

☐ Gefäßcheck Arterien · voraussichtlich 192,55 €
Carotiden und Bauchaorta, ergänzender Doppler und TBQ/PWI; ohne Beinarterien-Duplex

☐ Gefäßcheck Venen · voraussichtlich 191,01 €
Duplex der Bein- und Beckenvenen und ergänzende venöse Funktionsdiagnostik

☐ Lipödem-Diagnostik · voraussichtlich 228,55 €
Klinische Untersuchung, Umfang/Gewicht, Ultraschall von Beinvenen und Weichteilen, venöse Funktionsdiagnostik

Abrechnungsgrund (nach ärztlicher Klärung):
☐ Kassenleistung, die ich ausdrücklich privat wünsche (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä).
☐ Leistung, für die in meinem Fall keine GKV-Leistungspflicht besteht (§ 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä).

Persönliche Kostenaufstellung · durch die Praxis ausfüllen oder als datierte Anlage beifügen

GOÄ-Nr.	Leistung	Anzahl	Faktor	Betrag €

Voraussichtlicher Gesamtbetrag: _____ € € · Ggf. beigefügte GOÄ-Aufstellung vom: _____

Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von 14 Tagen nach Zugang einer ordnungsgemäßen GOÄ-Rechnung zu zahlen. Diese Vereinbarung enthält keine abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ.

Datum / Unterschrift Patient/in: _____ Arzt: _____