

Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Vereinbarung über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als privatärztliche Wahlleistungen

Ich, _____

wünsche von Dr. Lichun Zhang

die Durchführung folgender Gesundheitsleistungen, für die das nachstehend aufgeführte ärztliche Honorar entsprechend der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfällt:

GOÄ-Ziffer	Ärztliche Leistung	Steigerungsfaktor	Betrag in EURO
1	Beratung	2,3	10,72
6	Untersuchung	2,3	10,72
1415 (2x)	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells	1,8	19,08
1407	Impedanzmessung am Trommelfell	1,8	19,10
1403	Tonaudiometrie	1,8	16,57
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen	1,8	18,87
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis	1,0	2,33

Gesamthonorar 97,39 €

Ich wurde vor Abschluss dieser Vereinbarung von meinem Arzt darüber unterrichtet, dass die o. g. Leistungen im Rahmen der privatärztlichen Wahlleistungssprechstunde nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und daher auch nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Insoweit habe ich auch keinen Anspruch auf eine nachträgliche Kostenerstattung seitens meiner Krankenkasse.

Hiervon ausgehend wünsche ich von meinem Arzt die Durchführung o. g. Leistungen als privatärztliche Behandlung auf eigene Kosten. Die oben aufgeführten ärztlichen Leistungen werden von mir persönlich an den Arzt bezahlt.

Die ärztlichen Leistungen werden mir nach Abschluss der Untersuchung nach den Vorschriften der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Eine Abrechnung gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung wird nicht erfolgen.

Güstrow, den _____

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

Arzt