



Hausarztpraxis Goch
Dres. Krause & Berger- Roscher
Ärzte für Allgemein- und Palliativmedizin

Einverständniserklärung

Über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Name: _____ Geb. Datum _____

Adresse: _____

Ich nehme folgende Leistungen in Anspruch:

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass ich die Kosten für die oben näher bezeichnete Untersuchung – Behandlung - Beratung in der Hausarztpraxis Goch in vollem Umfang übernehmen werde.

Mir ist bekannt, dass die genannte Behandlung bzw. Untersuchung oder auch Beratung kein Bestandteil der vertragärztlichen Versorgung ist, und dass deshalb die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung gar nicht und auch nicht teilweise übernommen oder erstattet werden.

Ich wünsche, die oben genannte Behandlung bzw. Untersuchung oder auch Beratung bei mir durchführen zu lassen. Schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch. Ich wurde nicht dazu gedrängt.

Über mögliche Risiken und Nebenwirkungen der oben genannten Behandlung wurde ich ausführlich und hinreichend aufgeklärt. Im Falle einer Laserbehandlung oder einen klein chirurgischen Eingriff erhalte und unterschreibe ich einen entsprechenden Aufklärungsbogen.

Die Behandlung wird privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidiert.

Die Kosten der Behandlung in Höhe von ca. _____ € der Betrag wird von mir im Anschluss an die erbrachte Leistung vollständig und ohne Abzüge beglichen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt und Stempel