

# Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

.....  
Name, Vorname

Geburtsdatum

.....  
Straße, PLZ, Ort

Ich wünsche nach eingehender Beratung durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt , folgende Leistungen gemäß GOÄ in Anspruch zu nehmen:

## ***Injektions-/Infusionsbehandlung Vitamin-Aufbaukur***

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Abrechnung für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Das von mir voraussichtlich geschuldete Honorar wird mit gesonderter Vereinbarung über die Vergütungshöhe geregelt.

Das Honorar beträgt voraussichtlich  Euro. Mir ist bekannt, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig und von mir selbst zu tragen ist. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich das Arzneimittel selbst käuflich erwerben kann oder mein behandelnder Arzt dies auf meinen Wunsch hin für mich übernimmt und mir die Kosten (ohne Aufpreis) in Rechnung stellt. Diese Kosten fallen zusätzlich zu den Kosten der medizinischen Leistung an.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient(in)

Praxisstempel