

Information und Zustimmung zur privaten Behandlung durch den Vertragsarzt/ die Vertragsärztin

Ich, (Name des Patienten/der Patientin), geboren am (Geburtsdatum) wünsche ausdrücklich, dass mich Dr. (Name des Arztes/der Ärztin) **PRIVAT BEHANDELT**.

Ich bin vor der Behandlung darüber aufgeklärt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift, dass bei privaten Behandlungen durch eine/n Vertragsarzt/-ärztin **KEINE KOSTENERSTATTUNG DURCH DIE VERSICHERUNGSTRÄGER** erfolgt.

Eine Verrechnung erfolgt direkt zwischen dem Patienten und dem Arzt/der Ärztin.

Ebenfalls nehme ich zur Kenntnis, dass im selben Leistungsfall im selben Quartal die E-Card bei keinem Vertragsarzt gesteckt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift