

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung (IGeL)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort

Ich wünsche durch Herrn Dr. med. _____
die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen
Gesundheitsleistungen (IGEL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage
der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

➔ **siehe Anlage - Aufstellung**

Die Gesamtkosten betragen _____ Euro.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner
gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr
(auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können.

Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst
zu bezahlen.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde
nicht zu ihr gedrängt.

Nürnberg den, _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

"I:\.Praxis KWHC\QM Ordner System KN 2972 KWHC\QM Ordner 2024\Abrechnung\GOÄ Abrechnung\IGeL Vertrag.docx"			
Ersteller:Fr. Nurevski	Geprüft durch:Dr. Kühn	Freigegeben durch: Dr.Kühn	Version: 01
Erstellungsdatum:08.05.25	Prüfdatum: 08.05.25	Freigabedatum: 08.05.25	Seite 1 von 1