



Hausarztpraxis

Dr. Marina Kontova

**Einverständniserklärung für eine privatärztliche Behandlung
in der Vertragsarztpraxis**

Angaben zu Ihrer Person:

Private Krankenkasse :

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Wer ist Hauptversicherter?

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

Ich bin privat versichert und möchte ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.

Die Leistungen werden entsprechend der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Mir ist bekannt, dass einzelne private Krankenkassen oder die Beihilfe die Kosten nicht oder nur teilweise übernehmen.

Ich erkläre mich zur Kostenübernahme bereit.

Ort, Datum:

Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)