SCHÖN KLINIK
München Harlaching

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen ambulanten Behandlung „Videosprechstunde“

Ich,

_____ geb. am _____

(Name der Patientin/des Patienten)

wünsche, durch die die orthopädische Privatambulanz der Schön Klinik München Harlaching SE & Co. KG (nachfolgend kurz: „die Privatambulanz“)

eine ambulante orthopädische Videosprechstunde

auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen.

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative der Privatambulanz zustande gekommen.

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschte Leistung Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Ich wünsche dennoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation durch die Privatambulanz.

Die Privatambulanz hat mich über Folgendes aufgeklärt:

1. Die von mir gewünschte Behandlung kann nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden.

2. Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenkasse.

3. Die Privatambulanz wird die von mir gewünschte Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Im Rahmen der ambulanten Videosprechstunde werden folgende Gebühren gemäß Gebührenordnung für Ärzte (kurz GOÄ) anfallen:

   GOÄ Ziffer: 3 Gebührensatz: 1,0 Euro Betrag: 8,74€

   Darüber hinaus werden dem Patienten keine weiteren privatärztlichen Leistungen als Selbstzahler in Rechnung gestellt.

4. Die gemäß Ziffer 3 erstellte Rechnung ist von mir selbst zu bezahlen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit der Unterzeichnung dieser Erklärung. Dieser ist vor der Leistungserbringung (Videosprechstunde) an die Privatambulanz der Schön Klinik München

Harlaching zu übermitteln. Andersfalls behält sich die Klinik vor, den vereinbarten Termin bis zum Eingang der notwendigen Unterlagen zu verschieben.

München, den _____

(Ort, Datum)

_____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Ich handle als Vertreter der Patientin/des Patienten und bin hierzu bevollmächtigt:

…….. ……

Unterschrift des Vertreters Name des Vertreters (Blockschrift)

……

Unterschrift des Vertreters (bei minderjährigen Patienten)