

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / VEREINBARUNG zur privatärztlichen Behandlung (IGeL)

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, die hier angegebene privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt, vornehmen zu lassen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Attest: _____                       | <input type="checkbox"/> Botulinumtoxin-Injektionen: _____          |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung: _____      | <input type="checkbox"/> Hyaluronsäure-Injektion („filling“): _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung: _____      | <input type="checkbox"/> Infusionstherapie: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening                  | <input type="checkbox"/> Ketamin-Infusion bei Depression            |
| <input type="checkbox"/> Langzeit- EKG / Blutdruckmessung    | <input type="checkbox"/> Reisemedizinische Beratung: _____          |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest mit Darstellung | <input type="checkbox"/> Reisemedizinische Impfung(en)              |
| <input type="checkbox"/> „Quaddeln“                          | <input type="checkbox"/> Trigger-Point Injektionen: _____           |
| <input type="checkbox"/> Laboruntersuchung: _____            |   |
| <input type="checkbox"/> andere IGeL Leistung(en): _____     |   |

Preis: \_\_\_\_\_ €

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. 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. Art, Inhalt, Risiken und Erfolgchancen der obengenannten Behandlung wurden mir in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit Dr. med. C. Walentiny eingehend erläutert. Ich konnte dabei auch alle meine mich interessierenden Fragen stellen. Diese wurde alle beantwortet und von mir verstanden.

Ort und Datum: Trier, \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_