

- Ich wünsche die Durchführung der unten genannten Behandlung durch die Ärzte der Praxis.
- Ich wünsche die Durchführung der unten genannten Behandlung bei meinem Kind
-

Es ist mir bekannt, dass meine Krankenkasse, im Sinne des Gesetzes eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat.

Ich wünsche trotzdem die aufgeführte/n, über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehenden Leistung/en.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass die Kosten von mir selbst zu tragen sind.

Abrechnungsbeispiele

Leistung	Anzahl circa	GOÄ- Ziffer	Einfachsatz in Euro	Steigerungs- Faktor	Kosten in Euro
Autovaccine 12 Injektion s.c.	12	252	2,33	2,3	80,36 (bei 15 Injektionsterminen)
Eigenbluttherapie	10	284	4,66	2,3	107,18 (10 Injektionstermine)
Verabreichung einer Reiseimpfung	1	375	4,66	2,3	10,72

Von der Einverständniserklärung und dem Abrechnungsbeispiel habe ich Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters