



Vereinbarung vor Behandlungsbeginn

In Kenntnis meines Anspruchs auf notwendige und wirtschaftliche Behandlung zu kassenärztlichen (gemäß § 12(1) SGBV) und privatärztlichen (§ 1(2) GOÄ) Bedingungen wünsche ich nachfolgend aufgeführte diagnostische und therapeutische Leistungen und ggf. Verschreibungen von Medikamenten.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen für mich zwar sinnvoll, aber nicht dringend medizinisch erforderlich und auch nicht Bestandteil einer kassen- oder privatärztlichen Versorgung sind und ich weiß, dass es Nachfragen durch gesetzliche Krankenkassen, Privatkassen oder Beihilfestellen geben kann, wenn die Behandlungsrechnung diesen vorgelegt werden sollte und dass damit eine Erstattung dieser Leistungen nicht in vollem Umfang gewährleistet ist oder möglicherweise nicht erfolgen kann.

Über diesen Sachverhalt wurde ich in einem persönlichen Gespräch durch meinen behandelnden Arzt vor Behandlungsbeginn informiert. Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich diese Behandlungsmaßnahmen wünsche.

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meines behandelnden Arztes zustande gekommen.

LEISTUNGSBESCHREIBUNG und KOSTENPLAN

für Beratung, Hormon- bzw. Vorsorgelabor und Präventions-Maßnahmen

gemäß Aufklärung für ausführliche Anamnese und Erörterung meiner Beschwerden und ggf. anschließende Blutabnahme mit Bestimmung von Hormonstatus und evtl. internistischen Laborparametern.

Dr. med. Harry Tschebiner
MENOPAUSE-ZENTRUM-MÜNCHEN

Die Ziffern 30 und 31 (Ausführliche Anamnese und Erörterung vielfältiger Beschwerden mit Risikoevaluation verschiedener Behandlungsmöglichkeiten) werden als Analogziffern für die zeitaufwändige und ausführliche Beratung bei komplexen Beschwerden verwendet. Die Kosten der Erstberatung belaufen sich auf € 183,61, der weiteren ausführlichen Beratungen auf € 91,81, bei Bedarf kommen Laborkosten dazu. Die geplanten Leistungen und ihre Kosten wurden mir ausführlich erläutert, ihre Durchführung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ 96 wird von mir auf eigene Kosten gewünscht.

Ich weiß, dass die mir im Rahmen der Behandlung verschriebenen Medikamente nicht in jedem Fall erstattungsfähig sind. Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

München _____

Patientin _____