**Einwilligungserklärung Kostenübernahme + Behandlungsvertrag**Hiermit ermächtige ich die Privatpraxis Dres. Lersch zur privatärztlichen Liquidation nach der Gebührenordnung für   
Ärzte (GOÄ) unter Berücksichtigung der Steigerungsfaktoren der GOÄ, entsprechend des individuellen Anspruchs der   
erbrachten Leistungen.  
Da die GOÄ (in der Praxis einsehbar) in der aktuell gültigen Fassung über 27 Jahre alt ist, spiegelt diese den technischen Fortschritt nicht wider. Um Missverständnisse nach der Erbringung unserer medizinischen Leistungen vorzubeugen, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Sie als Person mit uns einen Behandlungsvertrag eingehen. Ein Vertragsverhältnis zwischen uns und Ihrer Krankenversicherung besteht nicht. Ob Ihre Krankenkasse bereit ist, den Ihnen von uns in Rechnung gestellten Betrag in voller Höhe zu übernehmen und in welchem Umfang Sie eine Kostenerstattung mit Ihrer Krankenversicherung vereinbart haben, liegt nicht in unserer Verantwortung. Insbesondere Selbstzahler haben keinen Anspruch auf Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung.  
Sollten sich trotz sorgfältiger Prüfung Fehler unsererseits in der Abrechnung ergeben, bitten wir Sie, dieses schriftlich mit Begründung der Versicherung zur Überprüfung an uns heranzutragen.

**Hiermit erteile ich meine Einwilligung:**

     

**Patient** Nachname / Vorname  m  w  div Geburtsdatum

     

ggf. Nachname / Vorname gesetzl.Vertreter  m  w  div Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

     

Straße / Hausnummer PLZ / Ort

       identisch mit Patientendaten

**Rechnungsempfänger** Nachname / Vorname  m  w  div

     

Straße / Hausnummer PLZ /Ort

Datum / Ort Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

**Kostenträger / Versicherung:**

Selbstzahler (Gesetzlich versichert und wünsche Privatbehandlung)

private Krankenversicherung  Beihilfeberechtigt

**Besondere Versicherungen:**  Post  BKVB

**Besondere Tarife:**  Basistarif\*  Standardtarif\*  Studententarif\*

\*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)