

Vereinbarung über die Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)*

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Ich wünsche durch _____ (Name des Arztes)
die private Behandlung durch folgende Leistungen, die auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden, in Anspruch zu nehmen:

Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag (in Euro)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ggf. zzgl. Sachkosten _____ Euro

Gesamtkosten _____ **Euro**

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr – auch nicht teilweise – übernommen bzw. erstattet werden können. Der oben genannte Beitrag ist von mir selbst zu tragen.

Diese Vereinbarung schließe ich auf eigenen Wunsch.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes/ Praxisstempel