

## Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname)

wünsche die Inanspruchnahme der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

- osteopathische Untersuchung und Behandlung
- Stoßwellentherapie
- Schmerztherapeutische Beratung und Planung
- neuraltherapeutische Verfahren
- Intraartikuläre Infiltrationen

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören, bzw. bei rein privatärztlicher Behandlung nicht oder nur zum Teil von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

Die von mir gewünschte Behandlung kann bei der privaten Krankenversicherung eingereicht werden und wird in aller Regel ganz erstattet. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung kann eine teilweise Erstattung erfragt werden. Anspruch auf Kostenübernahme besteht nicht.

Die Liquidation erfolgt auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Terminänderungen oder – Absagen werde ich so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin vornehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine bezahle ich die ausgefallene Behandlung gegen Rechnung.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)