

zwischen der

iTCM-Klinik Illertal
Krankenhausstraße 7
89257 Illertissen

und

Name

Vorname

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon

Geburtsdatum

**Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung
gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä/§ 21 Abs. 8 EKV**

Ich erkläre hiermit, dass ich die Erbringung von privatärztlichen Leistungen wünsche und die Kosten hierfür auf Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Form einer Privatrechnung abgerechnet werden. Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen teilweise Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sein können. Ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation. Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse. Der Rechnungsbetrag wird von mir geschuldet, unbeachtlich einer etwaigen Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z.B. private Krankenzusatzversicherung).

Illertissen, den _____

Unterschrift des Patienten/Rechnungsempfängers

Unterschrift des Arztes

iTCM-Klinik Illertal GmbH
Krankenhausstraße 7
D-89257 Illertissen

T. +49(0)7303.952926.0
F. +49(0)7303.952926.90
www.itcm-illertal.de
info@itcm-illertal.de