

## **ERKLÄRUNG**

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

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt (siehe Stempel  
oben) die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
(Leistung)

Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative meiner behandelnden Ärztin/meines behandelnden  
Arztes zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war vielmehr  
folgender Sachverhalt:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind nicht Bestandteil der  
Vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV) würden jedoch, wie meine Ärztin/mein Arzt mir  
mitteilte, eine ausreichende Behandlung ermöglichen.
- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind zwar an sich Bestandteil der  
vertragsärztlichen Versorgung, sie ist/sind bei meiner Erkrankung jedoch  
medizinisch nicht notwendig und zweckmäßig im Sinne des  
Wirtschaftlichkeitsgebots und darf/dürfen somit nicht zulasten der GKV erbracht  
und abgerechnet werden.
- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/sind zwar Bestandteil der  
vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen  
eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt hat mich über Folgendes aufgeklärt:

- Für die von mir gewünschte Behandlung bin ich selbst zahlungspflichtig. Sie kann  
nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden.
- Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen Anspruch auf  
Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse, weder ganz  
noch teilweise.
- Meine behandelnde Ärztin/mein behandelnder Arzt wird diese Leistung  
privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)  
liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

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