

## Erklärung zur Behandlung im Rahmen privatärztlicher Leistung

Ich, .....

NAME, ANSCHRIFT DES PATIENTEN

geboren am:

bin Mitglied der ..... in .....

BEZEICHNUNG DER KRANKASSE

und erkläre hiermit, dass ich von Herrn Reimar Domnitz FA für Urologie und Andrologie beraten und behandelt werden möchte, und zwar zu folgendem Behandlungskomplex:

### erektile Dysfunktion / sexuelle Funktionsstörung

- |    |   | (zuteffendes ankreuzen)                 |
|----|---|---|
| 1. | <b>Hormonanalyse</b>  | <b>120,00€</b> <input type="checkbox"/> |
| 2. | <b>ausführliche Beratung im Rahmen der ED- Sprechstunde /<br/>incl. IIEF-5 &amp; AMS Fragebogen</b> | <b>35,00€</b> <input type="checkbox"/>  |
| 3. | <b>weiterfolgende Gespräche im Rahmen der<br/>ED- Sprechstunde</b>                                  | <b>10,00€</b> <input type="checkbox"/>  |
| 4. | <b>Penisarteriendoppler (SKIT) incl. Beratung</b>   | <b>178,00€</b> <input type="checkbox"/> |

Ich erkläre dazu, dass es mein Wunsch ist, von der Praxis Domnitz die vorgenannte Leistung auf privater Abrechnungsbasis zu erhalten.

Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, mit Ausnahme eines kurzen anamnestischen Vorgesprächs.

Ich weiß, dass die gesetzliche Krankenkasse die Kosten, die für die verlangte privatärztliche Behandlung anfallen, nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. Hierüber bin ich von meinem Arzt umfassend aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, die für die gewünschte privatärztliche Behandlung anfallen, auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Die Kosten wurden mir dargelegt und sind von mir sofort zu tragen.

Abschließend erkläre ich, dass ich in Kenntnis des Vorgenannten auf jeden Fall die private Behandlung auf der Grundlage dieser Vereinbarung wünsche. Gleichzeitig erkläre ich, dass keine Umstände vorliegen, die eine freie Willensentscheidung beeinträchtigen können.

Die Behandlung beginnt nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN

PRAXISSTEMPEL