

## Vereinbarung

zwischen Frau / Herrn

Name

Vorname

Geburtsdatum

und der Anästhesiepraxis wird für

geplanter Eingriff

bei

Operateur

folgende Vereinbarung getroffen:

Ich bin **gesetzlich** krankenversichert.

Ich wünsche eine anästhesiologische Versorgung bei dem o. g. vorgesehenen Eingriff und weiß, dass die gewünschte anästhesiologische Leistung aufgrund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses als medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistung angesehen wird und daher nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Aus diesem Grund können die Kosten der geplanten anästhesiologischen Leistung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Die anästhesiologische Leistung wird auf meinen Wunsch hin erbracht und somit nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unmittelbar mit mir abgerechnet; d.h. ich erhalte für die erbrachte Leistung eine Rechnung von der Anästhesiepraxis, welche ich vollständig begleichen muss, ohne dass ich einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Erstattung aus meiner gesetzlichen Krankenversicherung habe. Über die voraussichtliche Höhe des Rechnungsbetrags bin ich informiert worden.

Ich bin **privat** krankenversichert.

Für den o. g. vorgesehenen Eingriff benötige oder wünsche ich eine anästhesiologische Versorgung. Die anästhesiologischen Leistungen werden nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unmittelbar mit mir abgerechnet, d. h. ich erhalte für die erbrachte Leistung eine Rechnung von der Anästhesiepraxis, welche ich – unabhängig von der Erstattung durch meine private Krankenversicherung – vollständig begleichen muss. Über die voraussichtliche Höhe des Rechnungsbetrags bin ich informiert worden.

Ort / Datum / Uhrzeit

Unterschrift AnästhesistIn

Unterschrift PatientIn