

Einverständniserklärung zur Eigenfinanzierung medizinischer Leistungen

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

Sie haben uns gebeten, trotz ausführlicher Aufklärung, eine medizinische Behandlung durchzuführen, die möglicherweise über die regulären Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgeht. Dies könnte zu einer Rückforderung (Regress) durch Ihre Krankenkasse führen.

Um Missverständnisse und finanzielle Risiken zu vermeiden, bitten wir Sie, die folgende Erklärung zu lesen und zu unterschreiben:

Einverständniserklärung:

1. **Eigenfinanzierung:** Ich, _____, erkläre mich damit einverstanden, die Kosten für die von mir gewünschte Behandlung selbst zu tragen, falls diese nicht von meiner gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.
2. **Regressforderung:** Sollte meine gesetzliche Krankenversicherung nachträglich einen Regressanspruch stellen und die Kosten der Behandlung von meiner Arztpraxis zurückfordern, verpflichte ich mich, diese Kosten in vollem Umfang an meine Arztpraxis zu erstatten.
3. **Rechnungsstellung:** Ich bin mir darüber bewusst, dass ich im Falle einer Regressforderung eine Rechnung über die entstandenen Behandlungskosten von meiner Arztpraxis erhalte, die ich innerhalb der üblichen Zahlungsfristen begleichen werde.
4. **Rechtliche Beratung:** Mir wurde empfohlen, diese Erklärung vor der Unterzeichnung rechtlich prüfen zu lassen. Ich habe dies auf eigene Verantwortung getan oder verzichte darauf.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____