

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

Ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname Patient/in)

wünsche die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

---

---

---

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 eine ausreichende Behandlung ermöglichen.
- Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist/ sind zwar an sich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, sie sind bei meiner Erkrankung jedoch medizinisch nicht notwendig und zweckmäßig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots und dürfen somit nicht zu Lasten 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:

- Die von mir gewünschte Behandlung 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.
- 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 Patient/in)