

Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:

## 2.1.1. Aufklärung und Einwilligung der Patienten

## PI - Patienteninformation

## Patientenverfügung

## Liebe Patientinnen, Liebe Patienten

In unserer Praxis werden einige Leistungen, die in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, als sog. **individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)** angeboten.

Wir bieten Ihnen Ärztliche Beratung zum Thema **Patientenverfügung** und **Vorsorgevollmacht**.

Die Beratung dient der medizinischen Information und Orientierung.

## Die Kosten betragen für:

Beratung GOÄ-Ziffer 34A (2,3 f. Satz) 40,22 Euro

## Hinweis zur Vorbereitung

Zur Vorbereitung auf den Beratungstermin empfehlen wir, die Infobroschüre des Bundesministeriums für Justiz zum Thema Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht vorab zu lesen und zum Beratungstermin mitzubringen. Den entsprechenden Link finden Sie auf unserer Homepage oder untenstehend als QR-Code.

Die Rechnung erhalten Sie nach Abschluss der Behandlung.

Name d. Patienten: ..... Geb. Datum: .....

Für die von mir gewünschte Behandlung bin ich selbst zahlungspflichtig.

Ich habe für die von mir gewünschte Behandlung auch keinen sicheren Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber meiner Krankenkasse.

Meine behandelnden Ärzte werden diese Leistungen privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

Mit der Speicherung meiner Angaben bin ich lt. Datenschutz – Grundverordnung einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum    Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

## 2.1.1. Aufklärung und Einwilligung der Patienten

PI - Patienteninformation

Patientenverfügung

---

Vorlage Vorsorgevollmacht:  
Infobroschüre Patientenverfügung:

