



Erklärung

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich, _____

wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen für
mein Kind _____

Früherkennungsuntersuchung vom Amblyopie und Sehschwäche

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung der Leistung	Einfachsatz	Faktor	Betrag in €
1259	Pupillographie	14,11	1,418	20,00
Gesamt				20,00

Ich bestätige, dass ich über folgende Punkte ausreichend aufgeklärt wurde und habe keine weiteren Fragen.

- Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und kann nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Ich habe gegenüber der Krankenkasse auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise.
- Mir ist bekannt, dass ich für die beanspruchten ärztlichen Leistungen eine Privatrechnung auf der Grundlage der GOÄ erhalten. Für diese Rechnung bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig.

Leipzig, _____

.....
Unterschrift des Versicherten