

[\$[adresszeile_absender]\$]

Erklärung zur Inanspruchnahme von Wahlleistungen/IGEL

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

Ich/Wir geb., geb.,
wünsche/n für mein/unser Kind, geb.
durch Herrn Dr. Schröter die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

Impfung gegen: Meningokokken ACWY Impfstoff: Nimenrix

Die von mir gewünschte/n Leistung/en ist/sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (z.B. Reise-Impfung bzw. keine Standart-Impfempfehlung der STIKO in diesem Alter u/o fehlende Abrechnungsziffer im EBM). Somit kann/können diese Impfung/en nicht regulär über die gesetzlichen Krankenassen abgerechnet werden. Hierfür sind/bin wir/ich selbst zahlungspflichtig.

Ich/Wir hatte/n die Möglichkeit zur Information anhand des aktuellen Informationsordners „Impfen“ des Deutschen Grünen Kreuzes und einer mündlichen Beratung durch Herrn Dr. Schröter. Ich/Wir wurde/n ausführlich über die Impfung, den Impfstoff, Nebenwirkungen (inkl. seltener Nebenwirkungen), die Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt und haben dazu keine weiteren Fragen.

Ich/wir habe/n dazu folgende Fragen:

Dr. Schröter wird diese Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen. Ich hatte die Möglichkeit Einsicht in die GOÄ zu nehmen.

Folgende Ziffern kommen voraussichtlich hierbei zur Anwendung: 1, 7, 375, (ggf. K1), **zzgl.** Kosten für den Impfstoff. Die entstehenden Kosten von **ca. 45 €, zzgl.** Kosten für den Impfstoff in Höhe von **ca. 62 €** wurden zuvor besprochen. Bei eventuell zusätzlich/ergänzend medizinisch notwendigen Untersuchungen kann sich ggf. der Gesamtbetrag erhöhen. Ich/wir hatte/n die Möglichkeit Einsicht in die GOÄ zu nehmen.

Der Impfstoff wird extra für die o.g. PatientIn eingekauft und muss deshalb in Rechnung gestellt werden falls der vereinbarte Impftermin abgesagt wird.

Wir/Ich habe/n eine Kopie der Aufklärung und dieser Erklärung erhalten. Als Unterzeichnende/r bestätige ich, dass alle sorgeberechtigten Personen des Kindes mit der Impfung einverstanden sind.

....., den,
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift Erziehungs-/Sorgeberechtigte/r