

## PRAXIS für FRAUENGESUNDHEIT und PRÄVENTIONSMEDIZIN



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
(Name/Geb.-datum & Rufnummer vom  
Partner: \_\_\_\_\_)

### Einverständniserklärung:

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, in der Praxis Dr. Lorch & Kollegen, privatärztlich untersucht, beraten und behandelt zu werden. Die Liquidation erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Von Kostenträgern wie Krankenversicherungen Beihilfestellen wird der Krankheitsbegriff sehr eng gefasst. Aspekte der Prävention kommen hierbei häufig zu kurz, erst recht, wenn sie alterstypisch auftreten – was aber nicht bedeutet, dass sie gesund sind. Partnerschaftliche Behandlungen fallen gelegentlich nicht unter die Erstattungspflicht der Kostenträger – auch Interpretationen der Gebührenordnung GOÄ können zu Kürzungen führen. Die durchgeführte Diagnostik und Therapie kann also über die derzeitige sog. medizinische Grundversorgung hinausgehen, die ausschließlich an der Behebung von schon vorhandenen Krankheiten orientiert ist.

Mir ist somit verständlich, dass die Kosten für die ärztliche Beratung, Untersuchung und Behandlung von mir selbst vollumfänglich zu tragen und nach Rechnungserhalt zu begleichen sind – unabhängig davon, ob die Erstattung von einem etwaigen Kostenträger geleistet oder abgelehnt wird.

Zusätzliche Kosten können für medizinisch-technische sowie für Laborleistungen entstehen, die teilweise durch Fremdlabors erfolgen, z.B. für die Zytologie und Bakteriologie – auch deren Erstattung stimme ich durch meine Unterschrift ausdrücklich zu. Die Liquidation solcher Leistungen wird dem Patienten direkt von dem durchführenden Labor zugestellt oder in die Rechnung der Praxis ohne Aufschlag mit aufgenommen.

Auch therapeutische Maßnahmen, die wir vorschlagen, können von manchen Kassen als Prophylaxe oder Prävention interpretiert und möglicherweise nicht erstattet werden (DHEA, Wachstumshormon, Vitamine, Mineralien, Inseminationstherapie, etc.).

Die Untersuchungs- und Therapieplanung für mich wird gemäß der medizinischen Erfordernissen vorab gemeinsam festgelegt.

**Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.**

**Hiermit bestätige ich, dass ich mit den Abrechnungsbedingungen einverstanden bin.**

**Ich fühle mich auch ausreichend über die Erstattungsbedingungen und auf mich zukommende Kosten informiert.**

Eine Kopie dieses Behandlungsvertrages kann ich jederzeit erhalten.

München, den \_\_\_\_\_

**Unterschrift** der Patientin/des

Patienten: \_\_\_\_\_