

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf Wunsch des Probanden, welche nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden.

Ich _____
(Name, Vorname)

wünsche die Durchführung der folgenden Gesundheitsleistung.

Mir ist bekannt, dass die oben genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gehören und daher von mir privat zu bezahlen sind.

Ich bin darüber hinaus darüber informiert, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme oder -beteiligung habe.

Terminabsagen

Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine spätestens **24 Stunden** vorher abgesagt werden müssen. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder versäumten Terminen wird eine Ausfallpauschale in Höhe von **72 €** berechnet.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten)