

---

Name

Vorname

Geburts-Datum

## **Merkblatt / Aufklärung**

### **Einverständniserklärung zur Kostenübernahme**

---

Name

Vorname

Geburts-Datum

Sehr geehrte Patientin! / Sehr geehrter Patient!

Für die bei Ihnen durchzuführende Untersuchung richtet sich der Vergütungsanspruch gegen die Kassenärztliche Vereinigung, welche die ärztliche Versorgung über die gesetzlich versicherten Personen sicherzustellen hat. Es besteht grundsätzlich kein Vergütungsanspruch für ärztliche Leistungen gegen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Vergütungsanspruch gegen gesetzlich Versicherte ist jedoch bei ausdrücklichem Wunsch der eigenen Kostenübernahme gegeben.

#### **Einverständniserklärung des Patienten:**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis – im Einzelfall widerruflich – auf eigene Kosten gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 2 BMV-Ä behandelt zu werden.

Düsseldorf,

---

Ort

Datum

---

**Unterschrift des Patienten (bzw. des / der Sorgeberechtigten)**