Dr. med. Konrad Bock, Dr. med. Jens Danter,
Dr. med. Anette Stolle, Dr. med. Guido Moldenhauer
Fachärzte für HNO-Heilkunde, Allergologie

Duttenstedter Str. 11, 31224 Peine
Tel. 05171-15239 / Fax 15234

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung /Leistung

(Infusionstherapie)

Ich wünsche, durch meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt ärztliche Leistungen auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen.

Patient: _____ **Geb.:** _____

Ich wünsche die Durchführung nachstehender Gesundheitsleistung (en), für die im Rahmen der Behandlung von Hörsturz und/oder Tinnitus voraussichtlich das ebenfalls nachstehend aufgeführte ärztliche Honorar entsprechend der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfällt:

GOÄ-Ziffer	Ärztliche Leistung	Steigerungssatz	Betrag
271	Infusion	1,5-fach (3mal)	31,47 €
Vorausichtliches ärztliches Gesamthonorar:			**31,47 €**

Hinzu kommen Kosten für die bei der Behandlung erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. (ca. 78.- € / Stand Oktober 2021).

Ich wurde vor Abschluss dieser Vereinbarung von meiner Ärztin / meinem Arzt davon unterrichtet, dass die o.g. von mir gewünschten Leistungen nicht von der Geseztlichen Krankenversicherung (GKV) und daher auch nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Insoweit besteht auch kein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenkasse. Von der GKV wird dieser Umstand damit begründet, dass derzeit keine ausreichend evidenz-gesicherte Therapie bestehe. Die Infusionstherapie wird von der GKV daher als nicht notwendig und nicht wirtschaftlich angesehen; hiervon unberührt bleibt die Basis-Diagnostik. Eine Tinnitusbestimmung zählt nicht zum Leistungsumfang der GKV.

Ungeachtet dessen wünsche ich die Durchführung o.g. Leistungen als privatärztliche Behandlung. Die oben aufgeführten ärztlichen Leistungen werden daher von mir persönlich an die Ärztin / den Arzt bezahlt. Dies gilt auch für die im Zusammenhang mit der Behandlung verabreichten Medikamente und andere Heil- und Hilfsmittel; diese werden von mir persönlich an die Apothekerin / den Apotheker bezahlt.

Die ärztlichen Leistungen werden mir unmittelbar nach Abschluss der Behandlung nach den Vorschriften der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden.

Peine, den _____

_____	_____	_____
Patient	Vater / Mutter	Dr. K. Bock / Dr. J. Danter / Dr. A. Stolle / Dr. G. Moldenhauer

Zuständige Aufsichtsbehörde: Ärztekammer Niedersachsen
Haftpflichtversicherung (Dres. Bock, Danter, Stolle): HDI- Gerling Versicherungs AG, Neumarkt 15, 66117 Saarbrücken
Haftpflichtversicherung (Dr. Moldenhauer): Janitos Versicherungs AG, Postfach 104169 , 69031 Heidelberg