**Patientendaten:**

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ und Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handy/Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenversicherung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hauptversicherter\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Kinder)Ärztin/-Arzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_

Mein/e (Kinder)Ärztin/-Arzt soll einen Bericht bekommen: Ja / Nein

Wie sind Sie auf die Sprechstunde aufmerksam geworden?(optional)

­­­­­­­­­­­­­­­­­

**Erklärung zur Kostenübernahme**

Name: Vorname:

Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Eltern,

Sie oder Ihr Kind werden in meiner Privat-Sprechstunde über die üblichen Behandlungsverfahren hinaus mit weiteren Therapie-Formen, in diesem Fall mit der ATLASTHERAPIE NACH ARLEN behandelt.

Es handelt sich hierbei um zum Teil sehr zeitintensive therapeutische Maßnahmen, die einer aufwändigen und teuren Zusatzausbildung bedürfen.

Die Leistungen werden in Anlehnung an die **amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** abgerechnet**.**

Bei Privatversicherten übernehmen in der Regel die Krankenkassen diese Leistungen.

**Ich willige ausdrücklich in eine privatärztliche Behandlung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein.**

**Die Unterschrift dokumentiert Ihr Einverständnis zur privatärztlichen**

**Behandlung (gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) im Sinne eines Behandlungsvertrages.**

Pro Behandlungssitzung werden entsprechend der behandelten Körper-Regionen, dem Zeitaufwand und dem Schwierigkeitsgrad verschiedene (analoge) GOÄ-Ziffern abgerechnet.

Das Honorar wird mit ca. € …………. pro Behandlung (Durchschnitt/Maximum) vereinbart. Nur in seltenen Ausnahmefällen, z.B. besonders zeitaufwändige Behandlung (>60 min) kann das Honorar höher sein.

 **Bitte ankreuzen:**

* Ich bin privat krankenversichert (Selbstzahler) und bezahle die gesamte

Behandlung ohne einen Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger selbst.

* Ich bin gesetzlich versichert und bezahle die gesamte Behandlung ohne einen Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger selbst.

**Ort/Datum Unterschrift Patient/Eltern Unterschrift Dr.med. Thren­**

**(\*) Information für Patienten der Privatversicherungen:**

Alle ärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte zu den dort angegeben üblichen Steigerungssätzen abgerechnet und müssen infolgedessen vom Patienten privat bezahlt werden.

Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der privaten Krankenkassen enthalten sind, müssen gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte als sog. Analogziffern in Rechnung gestellt werden. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gegeben.