

PD Dr. Th. Koch · Dr. S. Ruh · Dr. I. Emmanouil

Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Calenberger Esplanade 1 · 30169 Hannover

Dr. C. Bergmann

Fachärztin für Stimm-, Sprach- und kindliche Hörstörungen und
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Geibelstr. 54 · 30173 Hannover

**Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung
(Validierter Geruchs- und Geschmackstest)**

Ich, _____

wünsche von _____

die Durchführung nachstehender Gesundheitsleistungen, für die voraussichtlich das ebenfalls nachstehend aufgeführtes ärztliches Honorar entsprechend der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfällt:

GOÄ-Ziffer	Ärztliche Leistung	Faktor	Euro
825	Genauere Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven	3,5	16,93

Ich wurde vor Abschluß dieser Vereinbarung von meinem Arzt darüber unterrichtet, dass die o. g. Leistungen im Rahmen der privatärztlichen Wahlleistungssprechstunde nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und daher auch nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Insoweit habe ich auch keinen Anspruch auf eine nachträgliche Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenkasse. Mir ist auch bekannt, dass die o. g. Leistungen von meinem Arzt als sinnvoll oder empfehlenswert eingeschätzt werden, aber dennoch nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden. Schließlich wurde mir erläutert, dass ggf. einige der o. g. Leistungen nur von bestimmten, hierzu besonders zugelassenen Ärzten zu Lasten der GKV erbracht und abgerechnet werden dürfen. Die Patienteninformation über die Wahlleistungssprechstunde meines Arztes habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Weitere Fragen dazu habe ich nicht bzw. konnte sie nach Rücksprache beim Arzt klären.

Hiervon ausgehend wünsche ich von meinem Arzt im Rahmen der privatärztlichen Wahlleistungssprechstunde die Durchführung o. g. Leistungen als privatärztliche Behandlung auf eigene Kosten. Ich möchte zur Durchführung dieser Leistungen nicht zu einem anderen Arzt wechseln, auch wenn die entstehenden Kosten dann ganz oder zum Teil von meiner Krankenkasse getragen werden würden. Die oben aufgeführten ärztlichen Leistungen werden vielmehr von mir persönlich an den Arzt bezahlt. Dies gilt auch für die im Zusammenhang mit der Behandlung erforderlichen Medikamente und andere Heil- und Hilfsmittel.

Die ärztlichen Leistungen werden mir nach Abschluß der Behandlung nach den Vorschriften der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Eine Abrechnung gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung wird nicht erfolgen.

_____, den _____

(Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger)

(Unterschrift Arzt)