

Erklärung über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach §13 Abs. 2 SGB V

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Ich erkläre hiermit, dass ich von der Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V als freiwillig versichertes Mitglied meiner Krankenkasse Gebrauch machen möchte.

Dies habe ich meiner Krankenkasse bereits mitgeteilt.

Mir ist bekannt, dass ich für die von mir in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen von meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt eine Privatliquidation auf der Grundlage der GOÄ erhalte. Für diese Rechnung bin ich unabhängig von der Erstattung meiner Krankenkasse **in voller Höhe** zahlungspflichtig. Mir ist bekannt, dass die Erstattung meiner Krankenkasse möglicherweise nicht den vollen Betrag der Privatliquidation erreicht.

Meine Wahlentscheidung gilt für (Zutreffendes bitte ankreuzen):

alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen

alle Verordnungen

folgende Bereiche _____

Sollte ich meine Wahlentscheidung gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen, werde ich meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt unverzüglich schriftlich informieren. Bis zum Zugang dieser Information bin ich an diese Erklärung gebunden.

Ort

Datum

Unterschrift