



**DR. MED. KERSTINE EHRlich**

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Ärztliche Psychotherapie (TP)

Gutzkowstraße 9  
60594 Frankfurt am Main

Telefon 069 - 69 59 59 74

## Erklärung über die Inanspruchnahme von Leistungen nach der GOÄ

Name, Vorname, \*Geb.Datum

Versicherung

-----  
Anschrift

-----  
Telefonnummer, E-Mailadresse

-----  
Ich wünsche die Durchführung privatärztlicher Leistungen. Mir ist bekannt, dass die Liquidation dieser Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Gemäß der Gebührenordnung werden die ärztlichen Leistungen mit einem Faktor bis 2,3 multipliziert, für Sachleistungen gilt ein Faktor bis 1,8. Untersuchungen, welche nur mit erheblichen Zeitaufwand oder unter besonderen Umständen durchführbar sind, werden mit dem Faktor 3,5 berechnet.

**Ich wurde darauf hingewiesen, dass diese Faktoren nicht von allen Beihilfestellen bzw. Privatversicherungen anerkannt werden, so dass eine Erstattung der Vergütung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.**

Die Liquidation erfolgt nach Behandlungsabschluss und ist innerhalb von vier Wochen ab Rechnungsdatum zu begleichen, unabhängig von der Kostenerstattung durch Beihilfestellen und private Krankenversicherungen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben genannte Praxis zum Zweck der Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, ggf. Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc., jedoch keine Gesundheitsdaten, an ein Inkassounternehmen weitergibt.

Datum, Unterschrift Patient/in

-----