

**Patientenerklärung inklusive der
erforderlichen Honorarvereinbarung**
Individuelle Gesundheitsleistung

Vorname / Nachname: _____
(BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)

Geb.-Datum: _____ Telefon-Nr.: _____

Telefon, Email: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ich wünsche, durch die Mitarbeiter der Radiologie Northeim die folgenden Leistungen gemäß GOÄ
(Gebührenverordnung für Ärzte) in Anspruch zu nehmen

- ☐ MRT eines Gelenkes ohne Kontrastmittel **150,00 €**
- ☐ MRT eines Gelenkes mit Kontrastmittel **250,00 €**

Die oben genannten Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich weiß, dass die Behandlung nicht durch die Krankenkasse erstattungsfähig ist und dass der oben vermerkte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat.

Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.
Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Northeim, den _____
Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)