

# Erklärung

(verbleibt beim Therapeuten)

*Daten des Patienten*

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Ich wünsche die Durchführung folgender Fremdlaborleistungen:

## **Funktionelles Eiweissprofil (CEIA) (147,82€)**

**Mir ist bekannt, dass die gewünschten Untersuchungen und Behandlungen nicht notwendig im Sinne des Gesetzes §12 SGB V sind und daher nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Sie sind jedoch, wie mein Arzt versichert, aus ärztlicher Sicht sinnvoll! Ich bitte daher, die oben genannten Untersuchungen und Behandlungen bei mir durchzuführen und privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu berechnen.**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Krankenkasse diese Kosten nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. In Kenntnis des Vorgenannten erkläre ich mich mit der Durchführung der oben genannten Untersuchungen und Behandlungen auf privater Liquidation einverstanden. Es liegen keine Umstände vor, die eine freie Willensentscheidung beeinflussen.

*Unterschrift des Arztes*

*Unterschrift des Patienten*

*Datum :*