



---

## Erklärung Abrechnung nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bei PKV oder Selbstzahler

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,  
Sie wünschen eine Diagnostik bzw. Behandlung in dieser Praxis für:

.....  
Name, Vorname (Kind), Geburtsdatum (**Kind**)

Rechnungsempfänger\*in:

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer (Mobil/Festnetz)

Gemäß der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen europäischen Datenschutz Grundverordnung (EU-DSGVO) stimme ich hiermit der Kontaktaufnahme und Zusendung der Rechnung an o.g. Adresse bzw. einem Abrechnungszentrum zu und bin mit der Speicherung der Abrechnungsdaten in der Praxisverwaltungssoftware einverstanden.)

Kostenträger:

.....  
Versicherung

.....  
Tarif

.....  
Versicherungsnummer

Mir/Uns ist bekannt, dass mir/uns die Behandlung persönlich auf Basis der für die Liquidation privatärztlicher Leistungen maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird.

Dementsprechend verpflichte/n ich mich/wir uns, unabhängig von der Höhe der Rechnungserstattung durch einen Dritten, den Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen, auch wenn der Behandlungstarif eine andere Erstattungshöhe vorsieht.

Es wird in der Regel der facharztspezifische Schwellenwert 2,3-fach zur Anwendung gebracht und bei der Abrechnung von Tests (wie z. B. Intelligenztests, Fragebogenverfahren) 1,8-fach.

.....  
Ort, Datum Unterschrift