

Dr. med. Angelika Metzger-Weiser D.O.M.

Arztpraxis für Osteopathie

Marktplatz 7 - 94034 Passau

Tel. +49 851 20986386 - mail@arztpraxis-osteopathie-passau.de
www.arztpraxis-osteopathie-passau.de

Informationen für Privatpatienten zur Kostenübernahme

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie wünschen eine **osteopathische Behandlung** in meiner Praxis.

Alle osteopathischen Untersuchungen und Behandlungen rechne ich nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch leistungsbezogene Analogziffern ab, welche im Hufeland-Verzeichnis und von den Ärztekammern empfohlen werden. Daher werden meine Arztrechnungen von privaten Krankenversicherungen in der Regel ohne Beanstandungen erstattet.

In letzter Zeit gehen einige Privatversicherungen zunehmend kritisch mit Abrechnungen um und versuchen, erbrachte Leistungen nicht zu erstatten. Teilweise werden auch Empfehlungen der Ärztekammer ignoriert. Bei manchen neuen Tarifen sind aber auch nicht alle privatärztlichen Leistungen enthalten oder es wird nur ein niedrigerer Steigerungssatz erstattet.

Gerne unterstütze ich Sie bei der Ablehnung unberechtigter Kürzungen, weise Sie aber klar darauf hin, dass auch private Krankenkassen zum Teil nicht alle Kosten für Untersuchungen und Therapien in vollem Umfang übernehmen, auch wenn dies medizinisch sinnvoll ist.

Bitte beachten Sie, dass der Differenzbetrag bei ausbleibender oder nur teilweiser Kostenerstattung durch Ihre Krankenversicherung von Ihnen selbst zu leisten ist.

Ich wurde über die oben dargestellten Zusammenhänge aufgeklärt und bin unter diesen Voraussetzungen mit einer privatärztlichen osteopathischen Untersuchung und Behandlung nach den von der Ärztekammer empfohlenen Analogziffern der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) einverstanden.

_____, den _____ Name Patient/-in _____

Unterschrift Patient/-in (ggf. Sorgeberechtigte/-r) _____

Bitte zutreffendes ankreuzen oder/und nicht zutreffendes streichen:

- Ich erkläre mich einverstanden, dass ich meine Arztrechnungen nicht per Post, sondern als PDF-Datei per Email an die von mir angegebene Email-Adresse zugesandt bekomme.

- Ich erkläre mich einverstanden, dass Frau Dr. Angelika Metzger-Weiser bei medizinischer Notwendigkeit zwecks interdisziplinärer Kooperation mitbehandelnde Ärzte bzw. Zahnärzte konsiliarisch kontaktieren darf.

_____, _____, _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift – ggf. die/der Sorgeberechtigte/-r)