



# END- & DICKDARMPRAXIS SINDELFINGEN

## Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung (IGeL)

### KOLON TRANSITZEIT BESTIMMUNG BEI VERSTOPFUNG

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. , PLZ, Wohnort

Ich wünsche durch Dr. med. B.Weber bzw. Dr. med. P. Wilhelm die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Rechnung erfolgt durch die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS e.V.) im Namen der Praxis.

#### **Keine Rechnungsstellung für die Behandlung bzw. Untersuchung**

Rechnung rein für die Sachkosten der Kapseln d.h. unsere Beschaffungskosten inkl. MWST

#### **Die Gesamtkosten betragen ca. 50€**

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Diese Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten  -- benötige ich nicht

Sindelfingen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_