



Drs. med. Rohrmann/Schulte/Groß/Julius, Poststr. 2, 48431 Rheine

PATIENTENERKLÄRUNG

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNG

STOSSWELLENTHERAPIE

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine ausreichende Behandlung vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche trotzdem darüber hinausgehende Leistungen. Ich weiß, dass ich die Kosten hierfür selber zu tragen habe und diese nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Für eine fokussierte extrakorpale Stoßwellentherapie
einer Körperregion berechnen wir:

60,00 €

Nach erfolgter Behandlung übersenden wir Ihnen eine Rechnung über den Gesamtbetrag.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zu o. g. Behandlung. Über die Kosten wurde ich informiert. Ich bin mit einer Privatabrechnung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in