

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung (IGEL)

Vor- und Nachname: _____

Straße + Hausnr.: _____

PLZ + Ort: _____

Tel. + E-Mail: _____

Ich wünsche durch Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Gunnar Immo Reefschläger die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag Euro
Psychoanalytische Beratung	863A	4,0	160
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

(ggf.) zuzüglich Sachkosten _____ - _____ Euro.

Die Gesamtkosten betragen _____ 160 _____ Euro.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner privaten/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.

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

Ort, Datum

~~Dr. phil. Dipl.-Psych. Gunnar Immo Reefschläger
Psychologischer Psychotherapeut | Psychoanalytiker
Praxis für Psychoanalyse und Psychotherapie
Weißenburger Straße 16
63739 Aschaffenburg
Tel 0151-64570089 | psychoanalyse.reef@gmail.com~~

Unterschrift Patient

Unterschrift Psychotherapeut