

	Erklärung über die Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung	MVZ-Betriebsgesellschaft GbR Prielmayerstr. 1 80335 München
--	---	---

Erklärung über die Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung

Ich
Name, Vorname, geb.

wünsche die gutachterliche Stellungnahme von Herrn/Frau _____
zu folgendem Problem:

.....
.....
.....

Mir ist bekannt, dass ich die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung privat in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse weder einen Anspruch auf Kostenerstattung noch auf Kostenbeteiligung habe.

Eine Kopie der Erklärung habe ich erhalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in