

Ihr Termin am:

um:



Dres. Eicholtz & Börner & Klähn  
& Grotewohl

Fachärzte für Dermatologie und Venerologie  
Zingster Str. 2 13051 Berlin  
Tel. 030 - 96200771 Fax 030 – 96200772  
www.hautarzt-in-berlin.de



## Besenreisererödung

### Einverständniserklärung/ Behandlungsvertrag

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich die Kosten für die im folgenden näher bezeichnete Behandlung in vollem Umfang übernehmen werde:

#### Wahlleistung:

#### **Verödung ästhetisch störender Besenreiser**

Mir ist bekannt, dass die genannte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Die Behandlung ist jedoch, wie mein Arzt mir versichert hat, aus ärztlicher Sicht sinnvoll. Ich bitte daher, die Behandlung bei mir durchzuführen und privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu liquidieren.

Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet und auch nicht berechtigt sind, einen Anteil von dieser Privatliquidation zu erstatten.

Über mögliche Nebenwirkungen und Risiken der o.g. Behandlung, insbesondere über **das Auftreten von Venenentzündungen, kleiner Blutergüsse und bräunlicher Pigmentflecken (für Monate bis zu einem Jahr) sowie (selten) stärkerer Entzündungen mit Narbenbildung** wurde ich von..... ausführlich und hinreichend aufgeklärt.

Die Patienten-Information "Besenreiser" habe ich sorgfältig gelesen und verstanden.

#### **Für gesetzlich Versicherte**

Die Kosten der Behandlung mit 2ml Aethoxysklerol ® betragen 83,63 € inkl. MwSt. Sie werden von mir unmittelbar im Anschluss an die erbrachte Leistung vollständig und ohne Abzüge in **bar / EC-Karte** beglichen.

#### **Für privat Versicherte**

Die Kosten der Behandlung mit 2ml Aethoxysklerol ® erlaube ich mir nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen. Die Ziffer 764 wird mit dem 3,5 fachen Gebührensatz abgerechnet.

.....  
Datum / Unterschrift Arzt / Praxisstempel

.....  
Datum / Unterschrift Patient