

---

## PATIENTENINFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

*Privatärztliche Leistungen / Wahlleistungen*

---

### 1. Kostenaufklärung

Ich wurde vor Erbringung der ärztlichen Leistung ausdrücklich darüber informiert, dass es sich bei den nachfolgend angeführten Leistungen um **Privatleistungen (Wahlleistungen)** handelt, die **nicht im Leistungskatalog der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung** enthalten sind und von dieser nicht erstattet werden.

### 2. Private Zusatzversicherung

Mir ist bekannt, dass die Übernahme der Kosten durch eine private Zusatzversicherung von den individuellen Versicherungsbedingungen abhängt und **nicht durch die Praxis garantiert werden kann**. Ich habe die Erstattungsfähigkeit selbst vorab geklärt oder trage die Kosten im Falle einer Ablehnung vollständig selbst.

### 3. Keine nachträgliche Änderung von Dokumenten

Ärztliche Dokumentationen, Befunde, Diagnosen und Rechnungen spiegeln ausschließlich den tatsächlichen medizinischen Sachverhalt wider und können nachträglich nicht zum Zweck der Versicherungserstattung abgeändert werden. Eine solche Änderung erfüllt den Tatbestand der **Urkundenfälschung (§ 223 StGB)** sowie der **Beihilfe zum Versicherungsbetrug (§ 146 StGB)**.

### 4. Kostenpflicht

Ich verpflichte mich, die anfallenden Honorare innerhalb der Zahlungsfrist zu begleichen – **unabhängig von einer Erstattung durch meine Kranken- oder Zusatzversicherung**.

### 5. Erbrachte Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privatvisite   | ab € 250,-               |
| <input type="checkbox"/> Privatordination                                       | ab € 130,-               |
| <input type="checkbox"/> Private Telekonsultation                               | ab € 75,-                |
| <input type="checkbox"/> Labordiagnostik  | lt.<br>Kostenvoranschlag |
| <input type="checkbox"/> Präventive Mikronährstoffanalyse / Labordiagnostik     |                          |
| <input type="checkbox"/> Longevity-Diagnostik / Biomarker-Panel                 |                          |
| <input type="checkbox"/> BIA-Körperzusammensetzungsmessung                      |                          |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsmedizinische Beratung / Coaching             |                          |
| <input type="checkbox"/> Funktionelle Medizin / Präventivmedizinische Abklärung |                          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                                       |                          |

**Geschätzte Kosten:** ca. € \_\_\_\_\_

---

### BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden habe. Ich stimme der Durchführung der angekreuzten Leistungen als Privatleistung zu und erkenne alle genannten Bedingungen an.

Salzburg,

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Name in Druckbuchstaben