

Behandlung mit einer Boil&Bite Unterkieferprotrusionsschiene

Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

Praxisstempel

Behandelnde(r) Arzt / Ärztin:

Patientendaten

Name

Vorname

Vollständige Anschrift

Telefon

E-Mail (optional)

Geburtsdatum

Ggf. Sorgeberechtigter / gesetzlicher Betreuer:

1. Der Patient / die Patientin wünscht die Behandlung von

- obstruktiver Schlafapnoe
- Schnarchen
- _____ (bitte eintragen)

durch den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin mit einer Boil&Bite Unterkieferprotrusionsschiene _____ (Produktname eintragen)

2. Bei dieser ärztlichen Behandlung können folgende Gebühren gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfallen:

Ziffer GOÄ	Kurzbeschreibung	Gebührensatz

Voraussichtliche Gesamtbetrag für die ärztliche Behandlung: EUR _____

3. Der Patient / die Patientin ist umfassend von dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin über den medizinischen Nutzen, die Risiken und Gegenanzeigen der Behandlung mit einer Boil&Bite-Unterkieferprotrusionsschiene aufgeklärt worden.

4. Der Patientin / dem Patienten ist bekannt, dass die Behandlung mit einer Boil&Bite-Unterkieferprotrusionsschiene nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Die Rechnung nach der GOÄ muss der Patient / die Patientin nach Zugang selbst begleichen.

Für den Fall, dass bei dem Patienten / der Patientin obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert wurde, hat die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt darauf hingewiesen, dass es mit der CPAP-Therapie auch eine Behandlungsmethode gibt, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird.

5. Es ist der ausdrückliche, wohlüberlegte und eigene Wunsch des Patienten / der Patientin, dass die Behandlung von dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin vorgenommen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin

Unterschrift Behandelnde(r) Arzt / Ärztin

Zahlung dankend erhalten am _____

Praxisstempel / Unterschrift