

## **Behandlungsvertrag**

Patient: .....  
.....  
.....  
.....

### **Sehr geehrte/r Patient/in.**

Vielen Dank für ihr Vertrauen, welches Sie meiner Praxis entgegenbringen.

Ich behandle Sie ganzheitlich nach den aktuellsten medizinischen Erkenntnissen, um damit Ihrem Vertrauen dadurch gerecht zu werden.

Es kann sein, dass die schulmedizinischen Therapiemethoden allein nicht immer ausreichend sind, um Ihnen den bestmöglichen Therapieerfolg zu bringen. Aus diesem Grund biete ich Ihnen verschiedene Zusatzleistungen, sogenannte **IGEL-Leistungen**, an, die jedoch nicht oder nur nach vorheriger Absprache mit ihre Krankenkasse von diese übernommen werden.

Andere Behandlungen werden von der Krankenkasse wegen fehlender Zulassung nicht oder nicht mehr übernommen. Die Anwendung dieser Medikamente trotz fehlender Zulassung bezeichnet man als **Off label use** Anwendungen. Für Sie in meiner Praxis sind dies die kortikoidhaltigen Mischinjektionen an die wirbelsäulennahen Schmerzpunkte wie Facettengelenks nahen Infiltration, perivertebrale Injektionen und die Schmerzpunktinfiltrationen wie z.B. bei Epicondylitis, Fersenschmerzen, Metatarsalgie um nur einige zu nennen.

Gelenksinfiltration werden weiterhin von Ihrer Krankenkasse übernommen (fachspezifische orthopädische Leistung).

**Diese Zusatzleistungen werden von Ihrer Krankenkasse nicht übernommen und müssen von Ihnen bezahlt werden.**

### **Preise für die Zusatzleistungen**

#### **IGEL-Anwendungen**

Kinesiologie-Taping	Je nach Ausmaß ab ca. 15 Euro	
Gelenksinjektionen mit Hyaluronsäure	3 Injektionen a 60,-pro Gelenk	180,-
Lipolyse	je nach Ausmaß der Therapie	
Medivitan-Kur	95 Euro	

**Dr. med. Constance Koch**  
**Praxis für Allgemeinmedizin,**  
**Dingelstädter Str. 1a, 37308 Heilbad Heiligenstadt**

Procain-Basen.Infusion je Infusion 20,-  
 Vitamin-C-Hochdosis-Infusionskur je Infusion 25,-

**Off Labell Use**

Kortisonhaltige Mischinjektionen( außer je Injektion inkl.  
 Gelenksinjektionen) 1 Amp.Triam/Lipotalon 20,-

**Für folgende Anwendung haben sie sich entschieden:**

Art der Leistung	Häufigkeit der Sitzung	Preis

**Hiermit erkläre ich mich mit der oben aufgeführten Zusatzleitung ausdrücklich einverstanden.**

**Mir ist bewußt, dass ich diese selbst bezahlen muß und erlaube meinem behandelnden Arzt diese Anwendung / Eingriff an mir vorzunehmen. Im Fall von Off label use-Anwendungen bin ich ausführlich über die fehlende Zulassung durch meinen behandelnden Arzt aufgeklärt wurden und willige auch dafür ein.**

Heiligenstadt, .....

.....  
 Unterschrift Patient

.....  
 Unterschrift Arzt