

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

**Erklärung zur Behandlung  
im privatärztlichen Institut für Erwachsenen-ADS**

Inanspruchnahme von Leistungen auf eigene Kosten

Ich wünsche, diagnostische und/oder therapeutische Leistungen im privatärztlichen Institut für Erwachsenen-ADS in Anspruch zu nehmen. Mir ist bekannt, dass die entstehenden Kosten nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass diese Leistungen an anderer Stelle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden. Dennoch wünsche ich die Behandlung hier auf eigene Kosten. Dieser Wunsch ist nicht auf Initiative oder durch Beeinflussung von Dr. Krämer oder ihren Mitarbeitern zustande gekommen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in