



## Kostenvoranschlag/Einwilligungserklärung zur SpineMED®-Therapie

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Diagnosen

Hiermit wünsche ich für mich, bzw. für .....  
die Behandlung meiner Hals- bzw. Lendenwirbelsäulenbeschwerden mit dem SpineMED®  
-Dekompressionsverfahren. Die Behandlung besteht voraussichtlich aus 15-20 Sitzungen á 30 Minuten.

Auch wenn wir viele subjektiv erfolgreiche Therapierückmeldungen erhalten haben und sogar auf kernspintomographisch nachkontrollierte Regredienzen und Totalremissionen von Bandscheiben-  
vorwölbungen und -vorfällen nach Behandlungsabschluss verweisen können, können wir diese nicht  
garantieren. Insbesondere wenn bereits vorab Nerven irritiert sind, können gelegentlich sogar auch  
Nebenwirkungen wie z.B. eine Erstverschlimmerung, Schmerz- und Reizzustände auftreten.

Ich bin von meinem Arzt über den Sinn und Zweck der bei mir vorgesehenen Behandlung mit der  
SpineMED®-Dekompression und alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt worden. Die von mir  
gewählte Therapie erfolgt auf meinen ausdrücklichen Wunsch und stellt keine gesetzliche Kassenleistung  
dar. Die Höhe der Rückerstattung durch private Krankenkassen oder Beihilfen hängt vom gewählten  
Versicherungstarif und individuell vereinbarten Konditionen ab. Sie kann ebenso nicht garantiert werden,  
da das SpineMED®-Verfahren in der Gebührenordnung von 1996 noch nicht verankert war und deshalb  
über sogenannte „Analogziffern“ abgerechnet wird. Darauf wurde ich persönlich vor Beginn der  
Behandlung ausdrücklich hingewiesen. Die entstehenden Kosten trage ich selbst.

Für die SpineMED®-Behandlung wird in Anlehnung an die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)  
folgendes ärztliches Honorar erhoben und ist mit Erhalt der Rechnung bzw. Zwischenrechnung fällig:

<b>GOÄ-Ziffer</b>	<b>Leistungsbezeichnung</b>	<b>Faktor</b>	<b>Betrag</b>
516 analog	Behandlung mit Schräg-/Stufenbett, Perlgerät	1,800	€ 6,82
652 analog	Ergometrie-EKG - Computergesteuerte, dynamisch-intermittierende, spinale Dekompression	2,300	€ 59,66
ggf. 538	Infrarotwärme (nur Lendenwirbelsäule)	1,800	€ 4,20
<b>Rechnungsbetrag (pro Behandlung):</b>			<b>€ 70,68</b>

Eine detaillierte Rechnung mit allen Behandlungsdaten wird nach Abschluss der Behandlung oder auf  
Wunsch auch als zusätzliche Zwischenrechnung nach der Hälfte der Behandlungen erstellt.  
Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ besteht an der Anmeldung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)