



## 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  
Dauer.

Ich bin von meinem Arzt über den Sinn und Zweck der bei mir vorgesehenen Behandlung mit der  
SpineMED®-Dekompression und alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt worden.  
Über Risiken und Nebenwirkungen wie z.B. Erstverschlimmerung, Schmerz- und Reizzustände bin ich  
unterrichtet worden und erkläre mich mit der Therapie einverstanden.

Die von mir gewählte Therapie erfolgt auf meinen ausdrücklichen Wunsch und stellt keine gesetzliche  
Kassenleistung dar. Eine Erstattung der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen ist nicht möglich.  
Die Höhe der Rückerstattung durch eine private Krankenkasse oder Beihilfe hängt unter anderem vom  
gewählten Versicherungstarif und individuell vereinbarten Konditionen ab.

Sie kann 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	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät,	1,800	€ 6,82
652 analog	Ergometrie-EKG - Computer gesteuerte, konservative spinale Dekompression	2,300	€ 59,66
ggf. 538	Falls Infrarotwärme-Mitbehandlung (nur Lendenwirbelsäule)	1,800	€ 4,20
<b>Rechnungsbetrag (pro Behandlung):</b>			<b>€ 70,67</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)