Dr. med.
Mederacke
Praxis für
Allgemein- und Unfallchirurgie

Anmeldung für Privatpatienten

(Name des Patienten) (Vorname) (Geburtsdatum

(Strasse/ Hausnummer) (Postleitzahl! Ort)

(Name der Versicherung) (Beruf/ ehemaliger Beruf)

(Telefon/ Privat) (Telefon! Dienstlich)

(Handynummer) (E-Mail)

(Name des Rechnungsempfängers) (Vorname) (Geburtsdatum!

(Strassel Hausnummer, falls abweichend von Patientenadresse) (Postleitzahl/ Ort)

(Telefon! Privat, falls abweichend von Patient) (i-iandynummer, falls abweichend von Patient)

TARIFGRUPPE: Bitte tragen Sie Ihre Tarifgruppe korrekt ein.

Beihilfe	GOÄ-Normal	GOÄ-Standard	GOÄ-Privat	GOÄ-Basis	PostBeaKK	KVB	Sonstige	IGEL-Selbstzahler
.....%								

Einverständnis

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und bin mit der Weitergabe meiner gegenwärtigen und zukünftigen Abrechnungsdaten an die privatärztliche Verrechnungsstelle und der Abtretung und Weiterabtretung der Honorarforderung an die refinanzierende Bank einverstanden und entbinde hiermit meinen Arzt in dem aufgezeigten Rahmen von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Die Erstattungshöhe durch die private Krankenversicherung und die Beihilfestellen hängt in erster Linie vom abgeschlossenen Tarif und den jeweiligen Erstattungsbestimmungen ab. Hier gibt es Versicherungstarife, die alles erstatten, und Tarife, die günstiger im Beitrag sind, aber dafür weniger übernehmen.

Daraus können sich folgende Situationen ergeben:
1.: Von den privaten Krankenversicherungen werden etwaige Steigerungsfaktoren nicht komplett übernommen.
2.: Es werden einzelne Positionen nicht anerkannt.
Ich verpflichte mich in federn Fall das Arzthonorar vollständig und fristgerecht zu überweisen.

Ich habe das oben angeführte zur Kenntnis genommen und bin einverstanden. Die von mir gemachten Angaben sind aktuell und richtig.

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz (liegt im Wartezimmer aus) gelesen!

_____

_____

Datum) (Unterschrift/ ggf. gesetzlicher Vertreter