



Patientendaten:

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

private Telefonnummer	dienstl. Telefonnummer	Handynummer
-----------------------	------------------------	-------------

Hausarzt/überweisender Arzt

Name der privaten Krankenversicherung/Kostenträger

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger (falls abweichend von Privatpatienten)

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Einverständniserklärung

Die Erstattungshöhe durch die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfestellen ist abhängig von den mit Ihnen abgeschlossenen Tarifen und Erstattungsbestimmungen. Bei schwerwiegenden Krankheitssituationen bieten wir einen erhöhten zeitlichen und inhaltlichen Behandlungsumfang an. Der Behandlungsfaktor wird von uns nicht über den mit Begründung erlaubten 3,5-fachen Satz gesteigert. Trotzdem werden ggf. einzelne Positionen oder Steigerungsfaktoren nicht komplett von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Ich verpflichte mich in jedem Fall, das in Rechnung gestellte Arzthonorar vollständig und fristgerecht zu überweisen.

Ich habe das o.g. zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Die von mir gemachten Angaben sind aktuell und richtig.

Datum	Unterschrift /ggf. gesetzlicher Vertreter
-------	---