



### Formular für Privatpatienten

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße.....

PLZ/Ort.....

Telefonnummer.....

Krankenkasse.....

Ich wünsche, dass mein Hausarzt über die Behandlung informiert wird: ja  nein

Name des Hausarztes:.....

Facharzt, an den der Bericht (zusätzlich) gehen soll:.....

Mein Wunsch der Weitergabe meiner Daten (i.d.R. in Form eines Arztbriefes) an andere Ärzte kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass bei mir erbrachte ärztliche Leistungen privat liquidiert werden dürfen. **Die mir erstellte Rechnung werde ich unabhängig davon, ob meine Krankenkasse mir die Kosten erstattet hat, innerhalb von 4 Wochen überweisen.**

Bei der Rechnungsstellung sind die Gebührenhöchstsätze gemäß § 5 GOÄ berücksichtigt.

Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vergebenen Termine einzuhalten. Mir ist bekannt, dass Absagen spätestens am Vormittag des Vortages vorgenommen werden müssen.

Erfolgt keine rechtzeitige Absage und wird ein Termin nicht wahrgenommen, kann private Abrechnung bis zu der Höhe des Betrages, der von der Krankenkasse bezahlt würde, für den ausgefallenen Termin erfolgen. Ich bin darüber unterrichtet, dass diese Entschädigung nicht zu Lasten meiner Krankenkasse berechnet werden kann.

Ich versichere, dass meine Angaben korrekt sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift