

Einwilligungserklärung Kostenübernahme + Behandlungsvertrag

Hiermit ermächtige ich die Privatpraxis Dres. Lersch zur privatärztlichen Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Berücksichtigung der Steigerungsfaktoren der GOÄ, entsprechend des individuellen Anspruchs der erbrachten Leistungen.

Da die GOÄ (in der Praxis einsehbar) in der aktuell gültigen Fassung über 27 Jahre alt ist, spiegelt diese den technischen Fortschritt nicht wider. Um Missverständnisse nach der Erbringung unserer medizinischen Leistungen vorzubeugen, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Sie als Person mit uns einen Behandlungsvertrag eingehen. Ein Vertragsverhältnis zwischen uns und Ihrer Krankenversicherung besteht nicht. Ob Ihre Krankenkasse bereit ist, den Ihnen von uns in Rechnung gestellten Betrag in voller Höhe zu übernehmen und in welchem Umfang Sie eine Kostenerstattung mit Ihrer Krankenversicherung vereinbart haben, liegt nicht in unserer Verantwortung. Insbesondere Selbstzahler haben keinen Anspruch auf Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Sollten sich trotz sorgfältiger Prüfung Fehler unsererseits in der Abrechnung ergeben, bitten wir Sie, dieses schriftlich mit Begründung der Versicherung zur Überprüfung an uns heranzutragen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Patient _____
Nachname / Vorname m w div

Geburtsdatum

ggf. Nachname / Vorname gesetzl. Vertreter m w div

Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Rechnungsempfänger Nachname / Vorname m w div

identisch mit Patientendaten

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Ort

Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Kostenträger / Versicherung: _____

Selbstzahler (Gesetzlich versichert und wünsche Privatbehandlung)

private Krankenversicherung

Beihilfeberechtigt

Besondere Versicherungen: Post

BKVB

Besondere Tarife:

Basistarif*

Standardtarif*

Studententarif*

*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)