 Prof. Dr. med. G. Nelles

Dr. med. B. Scharpegge

Dr. med. O. Scharwat

Univ.-Prof. Dr. med. W. F. Haupt

Werthmannstraße 1c

50935 Köln

**Behandlung als Privatpatient**

Ich erkläre, dass ich meine privatärztliche Behandlung durch Herrn Prof. Dr. med. G. Nelles, Herrn Dr. med. B. Scharpegge, Herrn Dr. med. O. Scharwat, Frau Dr. med. S. Cursiefen, Frau Dr. med. M. Henke, Frau Dr. med. S. Bor oder Univ.-Prof. Dr. med. W. F. Haupt wünsche. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu den dort vorgesehenen Steigerungssätzen. Dabei kommt maximal der 2,3 fache Satz zur Anwendung. In Ausnahmefällen bei einzelnen aufwendigen Untersuchungen erfolgt die Abrechnung mit dem 3,5 fachen Satz.

Ich weiß, dass ich zur Begleichung der Rechnung gegenüber den Leistungserbringern auch verpflichtet bin, wenn meine Krankenkasse die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnt.

Name: ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt/Überweiser:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Köln, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_