

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, Herr Dr. med. S. Gude, Frau Dr. med. S. Cursiefen, Frau Dr. med. H. Walter, Frau Dr. med. N. Weiduschat, Frau Dr. med. univ. (Teheran) N. Mahboobi, Frau C. Hutzler 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 der 2,3-fache Satz, in begründeten Fällen auch der 3,5-fache Satz zur Anwendung. 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: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse _____

Hausarzt/Überweiser: _____

Arztbriefe sollen versandt werden an: _____

Köln, den

Unterschrift: