



Privatpatienteninformation bzgl. der Abrechnungformalitäten

Sehr geehrte(r)

Name, Vorname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

Name der Versicherungsgesellschaft

Anmerkungen zum Tarif

Ich bitte Sie höflichst, folgendes zur Kenntnis zu nehmen und durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

1. Die vereinbarte Privatliquidation erfolgt nach den geltenden Regeln der „Gebührenordnung Ärzte“ (GOÄ). Die erforderlichen Krankendaten dürfen zum Zwecke der Abwicklung der ärztlichen Privatliquidation meines Arztes z. B. an Berufsgenossenschaften etc. weitergegeben werden.
2. Die geltenden Abrechnungssätze sind: 1,8-facher Gebührensatz für technische Leistungen, 2,3-facher Gebührensatz für persönliche Leistungen sowie 2,5-facher Gebührensatz für spezielle / gesonderte Leistungen. Sollten Sie mit Ihrer Krankenversicherung einen Vertrag über einen anderen Tarif geschlossen haben oder sind bei Ihrer Krankenversicherung andere Gebührensätze gültig, ist dies dem Personal **vor** der Untersuchung mitzuteilen, sonst ist die Differenz von Ihnen persönlich zu begleichen.
3. Um Missverständnisse zu vermeiden, gebe ich **vor** der Untersuchung Auskunft über den Umfang meiner privaten Versicherung.
4. Ich habe einen speziellen Abrechnungstarif Ja Nein
wenn ja: - Basistarif (1,0)
- Basistarif (1,2)
- Standardtarif (1,38)
- anderer, davon abweichender Tarif _____

Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis zu den Punkten 1 – 3 sowie die Informationen zu Punkt 4 mit Ihrer Unterschrift.

Weiterhin versichere ich, dass gegen mich kein gerichtliches Mahnverfahren anhängig ist.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Dr. med. Madeleine Franke

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters