

Dok. Typ	Dok. Referenznummer	Rev.-Stand	Erstellung / Überarbeitung	Inhaltliche / Fachliche Prüfung
FO	11200000-0004	Rev 06	Michael Vogt	Michael Vogt Daniela Wolber
QEP 1.1.2	Ziel 2, Organisation /Anmeldung: Formulare			

Angaben zu den Patienten-Stammdaten

Für Privatpatienten oder Selbstzahler

Veröffentlichung / Freigabe

Michael Vogt
Daniela Wolber

Name, Vorname, ggf. Titel: _____

Straße und Hausnummer: _____

Wohnort mit PLZ: _____

Telefon privat: _____

Telefon beruflich: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: Voll Privat KVB Post-B Basistarif Selbstzahler

Name der Versicherung: _____

Ggf. Rechnung an folgende Namen/Adresse (falls bei Mitversicherungsstatus von oben genannten Patientendaten abweichend): _____

Zwischen Herrn Dr. med. Michael Vogt (Internist/Gastroenterologie) und der Patientin bzw. dem Patienten wird vereinbart,

dass sämtliche Leistungen gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden und insofern eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen nicht gegeben ist. Für besonders schwierige und zeitaufwendige oder schwierige Leistungen kann sich der Abrechnungsfaktor für ärztliche Leistungen – mit entsprechender Begründung – maximal auf das 3,5fache erhöhen. Etwaig abweichende Versicherungsbedingungen können dabei nicht berücksichtigt werden.

Mit seiner Unterschrift erklärt der Patient sein Einverständnis, dass alle erbrachten ärztlichen Leistungen auf Grundlage der GOÄ in Rechnung gestellt werden und – soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist – der Rechnungsbetrag von ihm selbst zu begleichen ist. Dies kann u.U. eine erhebliche finanzielle Belastung bedeuten.

Gleichzeitig wird mit der Unterschrift bestätigt, dass der Patient die Möglichkeit hätte, die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) einzusehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren. Der/Die Zahlungspflichtige hat einen Abdruck dieser Vereinbarung erhalten.

Möchten Sie eine automatische Erinnerung zur Einhaltung der Kontrolluntersuchung erhalten?

ja nein

Ort / Datum / Unterschrift: Patient /-in