



Dok. Typ	Dok. Referenznummer	Rev.-Stand	Erstellung / Überarbeitung	Inhaltliche / Fachliche Prüfung
FO	11200000-0004	Rev 08	Michael Vogt	Michael Vogt
QEP 1.1.2	Ziel 2, Organisation /Anmeldung: Formulare			

### Angaben zu den Patienten-Stammdaten

Veröffentlichung / Freigabe  
Michael Vogt

Name, Vorname, ggf. Titel: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Wohnort mit PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon beruflich, ggf. Email: \_\_\_\_\_

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. M. Vogt, Dr. P. Vinzelberg (Internisten/Gastroenterologen) und der Patientin bzw. dem Patienten wird vereinbart,

dass sämtliche Leistungen gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden sofern 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.

Jede Patientin, jeder Patient hat auf Wunsch jederzeit die Möglichkeit, die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) in der Praxis einzusehen, um sich über die Entgelte ausreichend zu informieren. Der/Die Zahlungspflichtige hat einen Abdruck dieses Bogens erhalten.

Möchten Sie eine automatische Erinnerung zur Einhaltung der Kontrolluntersuchung erhalten?

ja             nein

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum / Unterschrift: Patient /-in**