

- Anmeldebogen für Privatpatienten & Selbstzahler -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie in unserer Praxis herzlich willkommen heißen und bitten Sie diesen Anmeldebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Titel Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: [] weiblich [] männlich [] divers

Strasse / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Hauptversicherte Person: _____

Ggf. Geburtsdatum: _____

Ggf. abweichende Rechnungsanschrift: _____

Telefon - Privat: _____ Telefon – Mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse / Kostenträger: _____

Ggf. Tarifbesonderheiten: [] Beihilfe [] Sonstiges: _____

Versicherungstarif (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PKV Vollversicherungstarif / Normaltarif (Selbstzahler) | |
| <input type="checkbox"/> gesetzlicher PKV-Basistarif (§75 SGB-V; <i>Nachweis erforderlich</i>) | |
| <input type="checkbox"/> PKV-Notlagentarif zu Basistarifsätzen (§75 SGB-V; <i>Nachweis erforderlich</i>) | |
| <input type="checkbox"/> PKV-Standardtarif (§257 SGB V; <i>Nachweis erforderlich</i>) | <input type="checkbox"/> PKV-Studententarif |
| <input type="checkbox"/> Post-B | <input type="checkbox"/> KVB I-III |
| | <input type="checkbox"/> KVB IV |

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.01.1996 unter Beachtung der jeweils gültigen Richtlinien und den aktuellen analogen Bewertungen der Bundesärztekammer. Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5-fachen Satz. Der Behandlungsvertrag ist rechtlich unabhängig von Ihrem Krankenversicherungsvertrag und Ihren Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten. Grundsätzlich ist eine nach §12 GOÄ erstellte Arztrechnung sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.

Einwilligungserklärung:

1. Ich bin ggf. mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen/ Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs -und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an eine Privatärztliche Verrechnungsstelle einverstanden.

2. Ich bin mit der Weitergabe von erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an ggf. mitbehandelnde Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen hinzugezogene Institutionen (Labor, Pathologie, etc.) einverstanden. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass hier ggf. eine separate Leistungsabrechnung erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift des(r) Patienten(in) *

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten

Internistische Gemeinschaftspraxis

am Pflegtor

Drs. P. Schröder/ J. Schepp/
P. Perenyi/ A. Santner/ S. Reisinger
Innere Medizin - Allgemeinmedizin -
Diabetologie - Gastroenterologie -
Kardiologie - Akkupunktur

Kontakt

Pfleggasse 31
94469 Deggendorf
Tel: 0991/3831330
Fax: 0991/38313320
info@praxisampflegtor.de
www.praxisampflegtor.de

Bankverbindung

Sparkasse Deggendorf
IBAN: DE51 7415 0000 0420 5603 51
BIC: BYLADEM1DEG