

Anmeldung für Privatpatienten

Sehr geehrte Patientin,
zum Abgleich Ihrer aktuellen Kontaktdaten möchten wir Sie bitten, dieses Formular auszufüllen.

Herzlichen Dank Ihr gynTeam

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefonnummer (Festnetz)

Mobil

E-Mail-Adresse

Krankenkasse

Ich bin darüber informiert, dass mir, insofern ein von mir verabredeter Untersuchungs- und/oder Behandlungstermin nicht mindestens 24 Stunden zuvor von meiner Seite abgesagt wurde, eine Rechnung über ein Ausfallhonorar in Höhe von 40,-- € zugestellt wird.

Für Ihre Absage oder Terminänderung nutzen Sie bitte unser Kontaktformular auf unserer Internetseite www.gynteam-czerner.de.

Oder Sie schreiben eine E-Mail an: kontakt@gynteam-czerner.de

Rechnungsempfänger

(falls abweichend)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Wohnort

Recall

Möchten sie jährlich an Ihre Krebsvorsorgeuntersuchung erinnert werden? Wenn ja

- ☐ per E-Mail
- ☐ per Telefon

(Die Inanspruchnahme dieses Service kann jederzeit widerrufen werden)

bitte wenden

Vereinbarung

über die Inanspruchnahme von Leistungen nach der GOÄ.

Rechtliche Vorgaben sehen vor, dass vor Behandlung diese Erklärung vorliegen muss!

Ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

wünsche die Durchführung privatärztlicher Leistungen bei

☐ mir

☐ bei meinem Kind, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mir ist bekannt, dass die Liquidation für diese Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Unabhängig von etwaigem Zahlungsverzug durch Beihilfestellen oder privater Krankenversicherer, erkläre ich mich damit einverstanden, die Liquidation binnen 4 Wochen nach Rechnungsdatum zu begleichen.

Mir ist bekannt, dass Beihilfestellen oder private Krankenversicherer unterschiedliche Anerkennungen von Positionen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) pflegen. Dies kann dazu führen, dass einzelne GOÄ - Positionen je nach individueller Vertragsgestaltung durch Ausschlüsse oder Selbstbehalte nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet werden. Im Extremfall wird die Erstattung gesamter Rechnungen abgelehnt, z.B. wenn ein vertraglich festgelegter Selbstbehalt dies vorsieht.

Ich weiß, dass mein Behandlungsvertrag nicht mit der Beihilfestelle oder meiner privaten Krankenversicherung, sondern mit dem MVZ gynTeam Dr. Czerner GmbH geschlossen wird und dementsprechend die hier erbrachten Leistungen von mir bezahlt werden.

Bergheim, den _____

Datum

Unterschrift