

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; ja nein
SMS erlaubt?

E-Mail-Adresse

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 SMS

(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 Krankenkassen, erkläre ich mich damit einverstanden, die Liquidation binnen 4 Wochen nach Rechnungsdatum zu begleichen.

Mir ist bekannt, dass Beihilfestellen oder private Krankenkassen 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 Krankenkasse, sondern mit dem MVZ gynTeam Dr. Czerner GmbH geschlossen wird und dementsprechend die hier erbrachten Leistungen von mir bezahlt werden.

Bergheim, den _____

Datum

Unterschrift