



## Anmeldung für Privatpatienten

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich für mich bzw. für \_\_\_\_\_

die Untersuchung/Behandlung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) durch Dr. Lucie Rauch, Dr. Annette Michael & alle weiteren angestellten oder vertretenden Ärzte der Praxis

Normaltarif                       Standardtarif                       Basistarif                       Beihilfe

Mit der Liquidation nach GOÄ gemäß § 1 bis 12 bin ich einverstanden (ausgenommen §2 GOÄ).

§4 Abs. 5 GOÄ: Bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) wird Ihnen von dieser Fachabteilung eine gesonderte Rechnung zugehen.

Ich verpflichte mich, dass nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze §5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfeleistungen es nicht oder nicht im vollen Umfang übernehmen.

Nach § 12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig. Wir gewähren Ihnen ein Zahlungsziel von 4 Wochen.

Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an, durch die Praxis beauftragte, externe Labore (histologisches Labor; Blutuntersuchungen) sowie deren Abrechnung über evtl. externe Dienstleister einverstanden. Die Anschrift der o.g. Labore liegt in den Kabinen und Behandlungsräumen aus.

Ich wünsche in regelmäßigen Abständen, schriftlich, telefonisch oder per Email über notwendige Folgeuntersuchungen informiert zu werden. (ggf. bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
Meerbusch den,      Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes