

IGEL-Vereinbarung

Patient:

Frau / Herr: geb.:

Rechnungsempfänger:

Anschrift:

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Fax / eMail:

Krankenversicherung:

Für die folgende, nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommene, Leistung werde ich in Eigenleistung aufkommen:

Für das Honorar gilt die amtliche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) als vereinbart.

Für Leistungen außerhalb der GOÄ, gilt die in den Praxisräumen einsehbare Honorarliste.

Ich teile ausdrücklich mit, unabhängig von Tarif oder Kostenerstattung einer Krankenversicherung, Beihilfe oder anderer Kostenträger, für die Kosten der angefallenen Leistungen in voller Höhe persönlich zu haften und entbindet, soweit dies die Abrechnung oder Geltendmachung der Behandlungskosten erforderlich ist, die behandelnde Ärztin von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bittet die Krankenversicherung, Beihilfe oder andere Kostenträger auf Anfrage von Fr. Dr. Anika Petrausch alle von ihr erbetenen Auskünfte zu erteilen.

Eine Adressänderung werde ich Fr. Dr. Petrausch sofort mitteilen.

Michendorf, den
Datum Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter

IGEL-Vereinbarung

Patient:

Frau / Herr: geb.:

Rechnungsempfänger:

Anschrift:

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Fax / eMail:

Krankenversicherung:

Für die folgende, nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommene, Leistung werde ich in Eigenleistung aufkommen:

Für das Honorar gilt die amtliche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) als vereinbart.

Für Leistungen außerhalb der GOÄ, gilt die in den Praxisräumen einsehbare Honorarliste.

Ich teile ausdrücklich mit, unabhängig von Tarif oder Kostenerstattung einer Krankenversicherung, Beihilfe oder anderer Kostenträger, für die Behandlungskosten in voller Höhe persönlich zu haften und entbindet, soweit dies die Abrechnung oder Geltendmachung der Behandlungskosten erforderlich ist, die behandelnde Ärztin von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bittet die Krankenversicherung, Beihilfe oder andere Kostenträger auf Anfrage von Fr. Dr. Anika Petrausch alle von ihr erbetenen Auskünfte zu erteilen.

Ich wünsche ausdrücklich die ärztliche Behandlung als Privatpatient auf Rechnung.

Eine Adressänderung werde ich Fr. Dr. Petrausch sofort mitteilen.

Michendorf, den
Datum Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter