

Name:

Telefon Privat:

Vorname:

Telefon Mobil:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Straße, Hausnr.:

Krankenkasse:

PLZ Wohnort:

behandelnder Arzt:

Versicherungsstatus: gesetzlich versichert

privat versichert

private Leistung

zuzahlungsbefreit

Beihilfe versichert

Berufsgenossenschaft

Zahlung und Terminabsagen

Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher persönlich oder telefonisch absagen.

Sage ich einen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir der jeweilige Bruttobetrag gemäß § 615 BGB privat in Rechnung gestellt wird. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich der Praxis liegt, trage ich diese selbst.

Das vereinbarte Honorar kann sowohl unter als auch über dem Betrag liegen, welchen private Krankenkassen oder Beihilfestellen ersetzen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das rechts genannte Honorar an.

X

.....
Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/
des gesetzlichen Vertreters

Haftung

Die Haftung der Praxis für Sach- und Vermögensschäden wird für Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

X

.....
Unterschrift wie oben

Datenschutz

Die heute umseitig abgedruckte Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

X

.....
Unterschrift wie oben

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber:

.....
..

X

.....
Unterschrift wie oben

Aufklärung und Einwilligung

Die Mitarbeiter der Praxis haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Insbesondere bin ich auf Folgendes hingewiesen worden:

X

.....

Datum / Unterschrift wie oben

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden
Behandlungsmaßnahmen ein.