

Einverständniserklärung für Privatpatienten

Name/Vorname (Patient/in)

geb. am

Wohnhaft in (Straße, Nr.)

PLZ/Ort

Telefon / Email

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ich wünsche durch die Fachärztin **Frau Dr. med. Marilen Krier** eine privatärztliche Behandlung bis zum maximal 5,9 fachen Gebührensatz (GOÄ) in Anspruch zu nehmen, auch dann wenn die Krankenkasse, bei welcher ich versichert bin, die entstehenden Behandlungskosten nicht oder nur teilweise erstatten sollte. Die regulären ärztlichen Leistungen werden mit einem 2,3-fachen Satz abgerechnet.

Ich erkläre mich ferner ausdrücklich damit einverstanden, dass bei von mir /meinem Kind nicht wahrgenommenen Terminen, welche nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,- Euro zu zahlen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Sorgeberechtigte