

Dr. Ursula Keicher

Privatpraxis
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Gartenstraße 20c
85521 Ottobrunn
089/601-2729

Anmeldebogen - Behandlungsvertrag

Patient: Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort/Klinik _____

Mutter: Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Vater: Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift: Straße, Nr., PLZ, Wohnort) _____

Telefon: _____ Festnetz _____ Handy _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Abrechnungsinformation

Die in der Praxis erbrachten Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet und in der Regel von der privaten Krankenversicherung, Beihilfe oder Zusatzversicherung übernommen. Bei Unklarheiten sprechen Sie dies bitte vor der Behandlung an.

Die Höhe des ärztlichen Honorars richtet sich nach erforderlichem Zeitaufwand, nach Grad der Schwierigkeit einer Untersuchung, sowie den besonderen Umständen der Ausführung.

Ich erkläre, dass ich die Inanspruchnahme der privatärztlichen Behandlung aus eigener Entscheidung gewählt habe und erkläre mich hiermit bereit, die Behandlungskosten zu tragen, auch wenn meine Krankenkasse nicht alle durchgeführten Leistungen in vollem Umfang erstatten sollte. Ich gelte damit in dieser Praxis als Privatpatient und erkenne die Leistungsabrechnung gemäß GOÄ an.

Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte zu, um den erteilten ärztlichen Behandlungsvertrag fach- und sachgerecht durchführen lassen zu können. Dies können z.B. sein: andere Ärzte oder Therapeuten, Laborgemeinschaften, Krankenhäuser, Apotheken oder Gesundheitsämter.

Mit der Übermittlung von Befunden, Bescheinigungen oder Rezepten per e-mail, sms oder Fax bin ich einverstanden.

Bei Nichtbegleichen der Rechnung stimme ich der Weitergabe meiner personenbezogenen Patientendaten an ein Inkassounternehmen, einem Rechtsanwalt oder ein Amtsgericht zu.

Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ottobrunn, den _____

Unterschrift Mutter des Kindes/Erziehungsberechtigte (ggf.i.V.) _____

Unterschrift Vater des Kindes/Erziehungsberechtigter (ggf.i.V.) _____