

ANMELDUNG FÜR PRIVATPATIENTEN

Sie können das ausgefüllte Formular wahlweise elektronisch an uns versenden (siehe unten: ‚Absenden‘ klicken) oder selbst ausdrucken und zum Arzttermin mitbringen.

Nachname:*

Vorname:*

Geburtsdatum:*

E-Mail: *

Name des Hauptversicherten:
(bei Kindern und Familienversicherten)

Geburtsdatum Hauptversicherter:

Anschrift (Straße / PLZ / Wohnort):*

Krankenversicherung:*

Hausarzt:

überweisender Arzt (ggf):

Telefon (beruflich/privat):*

Anmerkungen:

Beruf:

Arbeitgeber:

Einverständnis zur Abtretung an eine privatärztliche Abrechnungsstelle

Um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere ärztliche Tätigkeit zu haben, arbeiten wir mit der Privatärztlichen Abrechnungsstelle Kubowitsch GmbH zusammen. Die Privatärztliche Dienstleistungseinrichtung unterliegt den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Unsere Honorarforderungen treten wir an die Abrechnungsstelle ab. Das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle in unserem Auftrag die Rechnung erstellt und die Honorarforderung einzieht. Wir bitten Sie, uns Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung unserer Forderungen notwendigen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und der dazugehörigen Diagnosen an die Abrechnungsstelle zu übermitteln.

Unsre Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), welche Sie auf Wunsch jederzeit in unserer Praxis einsehen können. Für von uns veranlasste Leistungen anderer Ärzte, wie beispielsweise Laborleistungen oder Gewebeuntersuchungen, erhalten Sie von den beauftragten Ärzten ebenfalls eine Rechnung gemäß GOÄ. Auf Grund der Vielzahl unterschiedlich vereinbarter Versicherungstarife und der unterschiedlichen Handhabung in der Erstattung von Seiten der Privaten Krankenversicherung möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Differenz zwischen ärztlicher Rechnung und Erstattung von Ihnen getragen werden muss. Bei der Umsetzung einer vollständigen Erstattung seitens Ihrer Versicherung sind wir Ihnen selbstverständlich gerne behilflich.

Frankfurt am Main, den *

Optional: Digitale Unterschrift Patient/in, Sorgeberechtigter:

Tag

Monat

Jahr