

RADIOLOGISCH-NUKLEARMEDIZINISCHE PRAXIS

DR. MED. REGINA AUER

FACHÄRZTIN FÜR NUKLEARMEDIZIN UND DIAGN. RADIOLOGIE

Tel. : 089-54726580

Fax. : 089-547265829

Sprechzeiten:

Mo.-Do. 8-17 Uhr

Fr. 8-15 Uhr

Radiologie in München Großhadern- Würmtalstr. 100 – 81375 München

@QR[U@utsbarco
d_T0#2]

Patientendaten / Behandlungsvertrag

(patient's data / contract governing medical treatment)

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

(PLEASE WRITE IN CAPITAL LETTERS)

Adresse des Patienten (patient adress):

Titel, Name: _____

(Family Name)

Vorname: _____

(First Name)

Geburtsdatum: _____

(Date of birth)

Anschrift (Address)

Strasse: _____

(Street)

PLZ, Ort: _____

(Zip Code, City)

Telefon Festnetz / mobil:

(Phone)

Abweichende Rechnungsadresse (differing billing adress):

Gesetliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen / Geschäftsunfähigen / Beschränkt Geschäftsfähigkeit

Titel, Name:

(Family Name)

Vorname:

(First Name)

Geburtsdatum:

(Date of birth)

Anschrift (Address)

Strasse:

(Street)

PLZ, Ort:

(Zip Code, City)

Telefon Festnetz / mobil:

(Phone)

ambulant stationär

Versicherung / Kostenträger: (Insurance / cost unit)

o Gesetzlich

Sehr geehrter gesetzlich versicherter Patient, Sie wünschen für alle Untersuchungen an diesem Tag eine Privatliquidation. Bitte beachten Sie: Eine Kostenerstattung bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse müssen Sie vorab klären. Es ist durchaus sehr wahrscheinlich, dass Ihre gesetzliche Krankenkasse diese ablehnt und Sie 100% dieser Untersuchung alleine tragen müssen (Eigenanteil). Mit Ihrer Unterschrift unter diesen Behandlungsvertrag akzeptieren Sie die Bezahlung dieser Untersuchung unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenkasse. **Beachten Sie den unten stehenden Hinweis „Hinweis für alle Versicherten:“. Ihre gesetzliche Krankenkasse muss schriftlich die Genehmigung für die Kostenübernahme von Privatliquidationen erteilen. Bitte legen Sie diese vor und geben diese am Empfang ab.**

Name Krankenkasse (name insurance) – Pflichtangabe:

o Gesetzlich und private ambulante Zusatzversicherung für Kassenpatienten

Name Krankenkasse (name insurance) – Pflichtangabe:

o Privat o IGEL-Leistung (sonst gesetzlich Versichert)

Name Krankenkasse (name insurance) – Pflichtangabe:

o Privat Ausländische Selbstzahler / Barzahlung oder Kreditkarte

o Ausländische Patienten mit Kostenübernahme

Hinweis für alle Patienten / Versicherten:

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze §5 GOÄ. Ggf. Faktor bis zu 2,5 oder 3,5) berechnete Honorar selbst zu tragen (Eigenanteil). Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet bin, unabhängig davon, ob Versicherungen und/oder Beihilfestellen diese ganz/teilweise oder nicht übernehmen. **Für Standard- und Basistarifversicherte: Bitte schriftliche Versicherungsbedingungen vorlegen.**

Achtung: ohne Angabe der Versicherung/Krankenkasse ist keine Privatliquidation möglich!

Hiermit bestätige ich die Korrektheit der Daten.
(Herewith I confirm data correctness.)

Hinweis Liquidation durch bfs:

Mit der Rechnung von bfs bekommen Sie auch Ihre Zugangsdaten für das Patientenportal von bfs für den Status Ihrer Rechnung. Auf unser Homepage unter „<https://www.radiologie-grosshadern-muenchen.de/Praxisportale/Privat-liquidationen/>“ bekommen Sie Zugang zu diesem Portal und erhalten alle Kontaktdaten, um sich bei bfs direkt melden zu können. Somit können Sie Ihren Rechnungstatus jederzeit selbst ermitteln. Bfs steht Ihnen direkt für alle Fragen zur Verfügung.

Datum: Unterschrift:
(Date) (Signature)

Für Empfang (not patient):
Patientendaten kontrolliert Unterschrift (Signature)
(Versicherung / Kostenträger, usw.)