

Anmeldebogen Privatversicherung / Selbstzahler

Persönliche Daten / Anschrift / Kontakt

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße		Postleitzahl	Ort
Telefon Festnetz	mobil	Telefon dienstlich	
E-Mail			
			<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Krankenversicherung			

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Name	Vorname		
Straße		Postleitzahl	Ort

Ich bin damit einverstanden, dass die Liquidation nach den üblichen Sätzen der neuen GOÄ - 2,3-facher Satz bei ärztlichen Leistungen, 1,15-facher Satz bei Laborleistungen und bei Untersuchungen die einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand benötigen 3,5-facher Satz – gültig am 1. Januar 1996, erstellt wird.

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen unter Umständen nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, jedoch der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu erstatten ist.

Diese Erklärung gilt auch für alle zukünftigen Untersuchungen bis auf Widerruf.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------