

Abrechnung Fachärztliche Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, meine fachärztlichen Leistungen gemäß GÖA für Sie selbst bzw. Ihr Kind / Ihre Kinder:

Geburtsdatum

Name

Geburtsdatum

Name

Geburtsdatum

Name

gegebenenfalls bis zum 2,7-fachen Satz privat zu bezahlen, sofern Ihre private Krankenkasse hierfür die Kosten nicht in vollem Umfang trägt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in / Erziehungsberechtigte