

Abrechnung Fachärztliche Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Geburtsdatum

Name

Geburtsdatum

Name

Geburtsdatum

Name

ggfs. bis zum 3,0-fachen Satz privat zu bezahlen, sofern Ihre private Krankenkasse hierfür die Kosten nicht in vollem Umfang trägt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin, gesetzl. Vertreter d. Kindes/der Kinder