

HÄMATOLOGIE — ONKOLOGIE Praxis & Tagesklinik	PATIENT Organisation und Empfang Privatpatienten	Version 2	Seite 1/1
		2A FB-07	
		Formblatt	

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung (Privatversicherung):

Haben Sie einen besonderen Tarif (Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife)?

!Nachweis bitte hinzufügen!

Rechnungsempfänger (bei Privatversicherte):

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Telefonnummer: _____

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung durch Krankenkassen oder Erstattungsstellen auch bei korrekter Rechnungsstellung nach der geltenden ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) nicht oder nicht im vollem Umfang gewährleistet ist.

 Datum, Unterschrift