



Dr. med.
Anna SCHNÜRCH

Psychiatrische Privatpraxis
für Kinder, Jugendliche & Erwachsene

Einverständniserklärung zur Abrechnung nach der GOÄ

Daten der Patientin/des Patienten:

Name, Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	

Daten der/des Rechnungsempfängers/-in:

Name, Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	

Kostenträger:

Versicherung	
Versicherungsnummer	

Erklärung

Die/der o.g. Patient*in, für welche*n ich als Sorgeberechtigte*r/Vormund*in fungiere, kommt als Privatpatient*in zur Diagnostik und/oder Behandlung in die o.g. Praxis. Mir ist bekannt, dass mir die Kosten für die ärztlichen Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) persönlich in Rechnung gestellt werden. Ich verpflichte mich, den Rechnungsbetrag unabhängig von der Höhe einer Erstattung durch Dritte vollständig zu bezahlen. Dies gilt auch, wenn der Behandlungstarif eine andere Erstattungshöhe vorsieht.

Ort, Datum:

--

Unterschrift(en)

--

--