Einverständniserklärung und Bestätigung
über Inanspruchnahme einer privatärztlichen Behandlung

Vorname

Nachname

Geburtstag

PLZ | Ort

Adresse

Ich wünsche eine Behandlung auf privatärztlicher Basis durch die BAG RADIOLOGIE ERFURT, GP Brühlerwallstrasse in Anspruch zu nehmen.

Ich bin privat versichert u./o. beihilfeberechtigt bzw. zusatzversichert. Mir ist bekannt, dass die Rechnung über die von mir gewünschte Behandlung bei meiner privaten Krankenkasse bzw. Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht werden kann.

Allerdings besteht seitens des Leistungserbringers je nach erbrachter Leistung des Arztes sowie dem geschlossenen Versicherungsvertrag keine Verpflichtung zur vollständigen oder teilweisen Kostenerstattung (Versicherungsvertrag).

Mein behandelnder Arzt wird die Leistungen privatärztlich nach der Gebührenordnung Für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Dies ist unabhängig von der Erstattung der Leistungsträger in vollem Umfang von mir zu bezahlen (Behandlungsvertrag).

Datum

Unterschrift

RADIOLOGIE
Erfurt

TELEFON: **0361. 220 900**
INFO@RADIOLOGIE-ERFURT.DE
BRÜHLERWALLSTRASSE 4 | 99084 ERFURT
RADIOLOGIE-ERFURT.DE