

**Privatpatientenaufnahmebogen**

Name, Vorname  
*sumame/ first name*

Geburtsdatum <i>date of birth:</i>		
Adresse <i>adress</i>		
Telefonnummer <i>phone number</i>		
Krankenkasse <i>health insurance</i>		
Familienversichert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beihilfeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
abweichender Rechnungsempfänger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<i>Name, Adresse, Telefonnummer</i>	<hr/> <hr/> <hr/>	

**Bitte wenden**

### Umfang der ärztlichen Leistungen

Die Leistungen des Arztes umfassen seine persönlichen Leistungen sowie die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte seiner Praxis und des ärztlichen Hintergrunddienstes (Rufbereitschaft ohne dauernde Anwesenheit). Der Patient stimmt der Beauftragung von Leistungen anderer Leistungserbringer (z.B. Laborarzt etc.) durch den Arzt zu. Diese Leistungen werden dem Patienten vom jeweiligen Leistungserbringer gesondert in Rechnung gestellt.

### Vergütung

Die Vergütung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die ärztliche Behandlung erfolgt ausschließlich als Privatpatient/in. Die Kosten der ärztlichen Behandlung werden von gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet.

Inwieweit die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe zur vollständigen Erstattung der Vergütung verpflichtet sind, richtet sich u.a. nach den Versicherungsbedingungen und dem Tarif.

Schuldner der Vergütung ist der Patient, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.

### Weitergabe von Daten aus dem Zahlungsverkehr

Rechnungen über privatärztliche Leistungen oder Attestgebühren werden ausschließlich innerhalb der Praxis ausgestellt und gespeichert. Sie werden nur an den Rechnungsempfänger bzw. dessen Erziehungsberechtigte(n) oder gesetzlichen Vertreter weitergegeben. Zahlungseingänge nach Banküberweisung werden in Form der Kontoauszüge an die Steuerkanzlei (**alpha**steuerberatung Diplom-Kaufmann Kurt Hermann, Berliner Platz 11, 97080 Würzburg) ausschließlich zum Zweck der Steuer- und betriebswirtschaftlichen Auswertung geleitet.

Ich erkläre mich mit dem Behandlungsvertrag einverstanden.

---

Datum  
*date*

Unterschrift  
*signature*