



am Kaiserplatz

Kaiserstraße 14
60311 Frankfurt am Main
Tel. (069) 75 16 11
Fax (069) 74 74 29 60
praxis@neurologie-ffm.de
www.neurologie-ffm.de

Einwilligungserklärung zur privatärztlichen Abrechnung

im Main Kinzig Kreis

Kreuze 9
63505 Langenselbold
Tel. (06184) 208 94 04
Fax (069) 74 74 29 60
praxis@neurologie-ffm.de
www.neurologie-ffm.de

Patientin/Patient

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:	
E-Mail:	Mit der Übermittlung von Rechnung und Arztbericht per E-Mail bin ich einverstanden.	

Ich wünsche die Durchführung privatärztlicher Leistungen

Mir ist bekannt, dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Gemäß der Gebührenordnung werden die ärztlichen Leistungen mit einem Faktor bis 3,5 multipliziert, für Sachleistungen gilt ein Faktor bis 1,8.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Faktoren möglicherweise nicht von allen Beihilfestellen bzw. Privatversicherungen anerkannt werden. Ich weiß, dass nach Absprache die Faktoren, die von meiner Versicherung übernommen werden, berechnet werden. Ich weiß, dass ich diese Faktoren, wenn sie von den oben genannten abweichen, HIER angeben muss:

Die Liquidation erfolgt nach Behandlungsabschluss. Die Rechnung ist innerhalb von 2 Wochen ab Rechnungsdatum – unabhängig von der Kostenerstattung durch Beihilfestellen, Privatversicherungen oder sonstige – durch mich zu begleichen.

Die Rechnung soll an folgende Adresse ausgestellt werden:

Name:
Straße, Nr.:
PLZ, Wohnort:

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten:

_____	_____	_____	_____
Ort	Datum	Ort	Datum
Dr. E. Erdmann Dr. C. Mayer (Ärztin/Arzt)		Unterschrift Patientin/Patient	