



Urologie Hückelhoven

Honorarvereinbarung

Zwischen Dr. Drivas/Dr. Back als behandelnder Arzt/Ärztin und dem Zahlungspflichtigen als Patient.

Krankenversicherung: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Bzw. Vertreter des Kindes:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kinderarzt: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der Vielzahl von unterschiedlichen Tarifen bei privaten Krankenversicherungen und unterschiedlichen Erstattungsmodalitäten von Beihilfestellen möchten wir Sie darauf hinweisen, dass unsere Liquidation entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen der GOÄ erstellt werden und ohne Abzüge zu begleichen sind, unabhängig davon, in welchem Umfang der Betrag von Ihrer Versicherung oder Beihilfestelle erstattet wird.

Abweichungen hiervon sind nur möglich durch Absprache mit uns vor der Behandlung. Weiterhin möchten wir Sie darauf hinweisen, dass einige Untersuchungen an externe Labore geschickt werden, sodass Sie von dort eine gesonderte Rechnung erhalten.

Hiermit erkläre ich mit der Behandlung einverstanden!

Datum

Unterschrift Patient/in