

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. M. Kimmig - Fr. Dr. med. S. Elsesser-Glaab – Fr. Dr. med. W. Baur
Fr. K. Weber
Kinder- u. Jugendmedizin – Sportmedizin

Großbottwarer Str. 47
71720 Oberstenfeld
Telefon (07062) 3055
Fax (07062) 23463
www.kinder-jugendarzt.net
rezept@kinder-jugendarzt.info

Liebe Eltern,

Sie haben bei uns angegeben, dass Ihr Kind über eine „Private Krankenversicherung“ oder über das Verfahren „Kostenerstattung“ bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Wir dürfen Sie daher bitten, folgendes Formular auszufüllen und zu unterschreiben.

Erklärung für Patienten der Privatversicherung

Patient: _____, geb. _____

Hauptversicherer: _____, geb _____

Aktuelle Adresse: _____

Telefon: _____ / _____ mobil: _____

e-mail: _____

Rechnungsanschrift: _____
(wenn abweichend)

Privatversicherung: _____

Mein Kind ist in Behandlung bei / mein Hausarzt ist: _____

- Ich nehme zur Kenntnis, dass der Behandlungsvertrag zwischen meiner Person und der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Großbottwarer Str. 47, 71720 Oberstenfeld zustande kommt. Dies beinhaltet auch, dass die Liquidation an meine o.g. Rechnungsanschrift gestellt wird.
- Die entsprechende Rechnung wird nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte von 1996 erstellt. Sollte ich mit meiner Privaten Krankenversicherung einen abweichenden Steigerungsfaktor vereinbart haben, werde ich hiermit darauf hingewiesen, dass eine solche Vereinbarung nur zwischen mir und der Versicherung besteht, einen Anspruch auf einen entsprechenden Faktor bei der Rechnungsstellung leitet sich daraus nicht ab.
- **Falls im Rahmen der ADHS-Testung ein Intelligenztest durchgeführt wird, kann je nach Aufwand der Steigerungsfaktor über 3,5 hinausreichen. Viele private Krankenkassen erstatten lediglich die Abrechnung bis zum Faktor 3,5. Ich verpflichte mich jedoch, unabhängig der Erstattung meiner Krankenkasse die gesamten Kosten für den Test zu begleichen.**
- Ich bin allein verantwortlich für die Begleichung der Außenstände, ein Abwarten der Erstattung durch die Krankenversicherung und damit verbundenen Verzug der Zahlung wird zu weiteren Kosten durch Mahnungen führen.

Bitte kreuzen Sie an:

Die Rechnung wird mir per E-Mail zugestellt. Damit bin ich ausdrücklich einverstanden.

Ja Nein

Ich wünsche einen verschlüsselten E-Mail-Versand

Ja Nein

Ich wünsche den Versand der Rechnung per Post. **Ich bin damit einverstanden dafür eine Bearbeitungsgebühr von 1,50 Euro zu zahlen.** Bei Anpassung des Briefportos erfolgt eine entsprechende Korrektur der Bearbeitungsgebühr. Mir ist bewusst, dass diese Kosten von vielen privaten Versicherungen nicht übernommen werden).

Ja Nein

Obige Angaben zur Person und Anschrift wird hiermit durch Unterschrift bestätigt:

Oberstenfeld, den _____

Unterschrift

