



Anmeldung für Privatpatienten

Name des Versicherten: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Ort: _____

PLZ: _____

Handynummer: _____

Krankenversicherung: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Die Liquidation erfolgt nach GOÄ gemäß der Paragraphen §1 und §12 unter Beachtung der Höchstsätze
§ 5.

Wir weisen darauf hin, dass das berechnete Honorar selbst zu tragen ist, auch wenn Versicherung/Beihilfe diese nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Nach § 12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig. Wir gewähren Ihnen ein Zahlungsziel von 14 Tagen.

Ort, Datum

Unterschrift: