



Anmeldung für Privatpatienten

Name (des Patienten) Vorname geb. am

Name (des Versicherten) Vorname geb. am

Beruf Arbeitgeber

Straße Telefon

PLZ / Wohnort

Krankenversicherung / Kostenträger

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, dass alle erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung abgerechnet werden.

Zusätzlich bitten wir um Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden Ärzte und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

Datum / Unterschrift