

Anmeldung für Privatpatienten

Name des Patienten Vorname des Patienten geb.:

Zahlungspflichtiger/ Rechnungsempfänger

Name Vorname geb.:

Beruf dienstl. Telefon/ Handy- Nr.:

Straße privat Telefon

PLZ Wohnort

Arbeitgeber

Krankenversicherung/ Kostenträger

Überweisender Arzt/ Hausarzt

Hiermit bestätige ich, dass ich mit folgenden Bedingungen für die Behandlung einverstanden bin:

- es erfolgt ausschließlich eine private Abrechnung der erbrachten Leistungen auf der Grundlage der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Diese kann auf Wunsch in der Praxis eingesehen werden.
- da eine Abrechnung über einen Zeitfaktor nicht möglich ist, wird bei entsprechendem Zeitaufwand eventuell mit einem höheren Steigerungssatz bis 3,5 abgerechnet. Der allgemein übliche Steigerungssatz für Privatbehandlungen liegt bei 2,3- fach.
- Die vollständige Bezahlung der Rechnung erfolgt unabhängig von der Erstattung durch die Krankenkasse oder die Beihilfestelle.
- Die Fachärzte Dr. Nasser, Dr. Theill, Frau Dr. Borsbach und Frau Dr. Michels können sich uneingeschränkt wechselseitig vertreten. Psychotherapeutisch kann eine Vertretung durch die Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeut/ en -innen erfolgen.
- Sollte während der laufenden Behandlung eine Veränderung im Hinblick auf die Versicherung erfolgen (Änderung des Zahlungspflichtigen, Wechsel zu einer gesetzlichen Kasse und ähnliches), ist darüber unverzüglich zu informieren. Die bis zu dem Zeitpunkt der Bekanntgabe etwaige Veränderungen bereits erfolgten ärztl. & psychotherapeutischen Leistungen werden wie in diesem Behandlungsvertrag vereinbart privat abgerechnet.

Ort, Datum Unterschrift

Bei Kindern:

Ich erkläre mit meiner zweiten Unterschrift, dass das Einverständnis des anderen sorgeberechtigten Elternteils vorliegt.

Ort, Datum Unterschrift



fachärztlicheszentrum
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Dr. med. Raed - Peter Nasser
Dr. med. Oliver Theill
Dr. med. Susanne Borsbach
Dr. med. Daniela Michels

Herzogstr. 89-91
40215 Düsseldorf

Fon 0211 / 93 88 96 90
Fax 0211 / 93 88 96 929
E-Mail mail@kjp-praxis.de
Web www.kjp-praxis.de