KJP Praxis Goslar
Janina Jördens
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Grauhöfer Straße 26 | 38640 Goslar
Telefon: 05321/393110 | Telefax: 05321/3931122

Einverständniserklärung für Privatpatienten

_____
Name/Vorname (Patient/-in)

_____
geb. am wohnhaft in (Straße, Nr.)

_____
PLZ/Ort

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, sehr geehrter Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden darauf hingewiesen, dass alle ärztlichen Leistungen regulär mit einem 2,3-fachen Satz sowie die technischen Leistungen regulär mit einem 1,8-fachen Satz abgerechnet werden.

Des Weiteren werden Sie gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen bei Nichtbezahlen der Rechnung an das SWBS Forderungsmanagement (Inkasso) weitergeleitet werden.

_____
Ort, Datum Unterschrift Patient/in
Sorgeberechtigte