

## 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

---

Anschrift

---

Name der Krankenkasse

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

Name des Hauptversicherten

Unterschrift