

 <p>Berufsausübungsgemeinschaft FÄ Kinder- und Jugendmedizin Dr.med. Frieder Wenk Dr. med. Julia Dörr Wolfgang Loichinger</p>	<p>Erklärung für Privatversicherte</p>	<p>Eisenbahnstr.1 72072 Tübingen Tel.: 07071-32044</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Erklärung über die Inanspruchnahme von Leistungen nach GOÄ

Name, Vorname, Geb.-Datum

Versicherung

Anschrift

Telefonnummer, Email-Adresse

Ich wünsche die Durchführung der privatärztlichen Leistungen für mein Kind:

Name, Vorname, Geb.-Datum

Mir ist bekannt, dass die Liquidation dieser Leistungen auf der Grundlage der ärztlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Gemäß der Gebührenordnung werden die ärztlichen Leistungen mit einem Faktor von 2,3 multipliziert, für Sachleistungen gilt ein Faktor von 1,8. Untersuchungen, welche nur mit erheblichem Zeitaufwand oder unter besonderen Umständen durchführbar sind, werden mit dem Faktor 3,5 berechnet.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass diese Faktoren nicht von allen Beihilfestellen bzw. Privatversicherungen anerkannt werden, sodass die Erstattung der Vergütung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Die Liquidation erfolgt nach Behandlungsabschluss alle 8-12 Wochen und ist innerhalb 4 Wochen ab Rechnungsdatum zu begleichen, unabhängig von der Kostenerstattung durch Ihre Versicherungen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die obengenannte Praxis zum Zweck der Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, jedoch keine Gesundheitsdaten an ein Inkassounternehmen weitergibt. Bei Änderungen meiner Daten (Adresse, Versicherungswechsel), habe ich die obengenannte Praxis unverzüglich zu informieren.

Datum, Unterschrift Patient/in bez. Sorgeberechtigter