

Privatbehandlungsvertrag:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen im **MVZ Dermatologie an der Oper**. Wir freuen uns, dass Sie Ihre
Gesundheit uns anvertrauen.

In Ihrem Interesse dürfen wir Sie um folgende Angaben bitten:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Mobil:** _____

Straße: _____ **PLZ/Wohnort:** _____

Name der Krankenversicherung: _____

Besondere Versicherungen: Normaltarif Post B KVB I-III
 Studententarif Selbstzahler



Beihilfe: ja nein

Bei abweichender Rechnungsempfänger/Hauptversicherter:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ **PLZ/Wohnort:** _____

Wie sind Sie auf uns
aufmerksam geworden? Jameda Google Sonstige Internetseiten
 Bekannte Familie Hausarzt

Sonstiges: _____

Einverständniserklärung des/der Patienten/in und Zahlungspflichten:

Mit nachstehender Unterschrift bestätigte ich ebenfalls, die Abrechnungshinweise
zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden,
dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage, sofern
eine Leistung (so genannte Igel- oder Privat abrechnungsleistung) in Anspruch
genommen wurde, die von meiner Krankenkasse nicht übernommen wird und
meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an die **PVS Niedersachsen**
(Lister Str. 11, 30163 Hannover) weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die
Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich
bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Abrechnungsleistungen im
Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z. B. Laborarzt) in
Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehmen.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können,
spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen die
Behandlung in Rechnung stellen.

Hiermit bestätige ich gegenüber dem **MVZ Dermatologie an der Oper**, dass
der gesetzliche Vertreter mindesten 18 Jahre alt ist und ein gültiges
Ausweisdokument für die Altersprüfung besitzt.

Hannover, den _____

Unterschrift Patient ggf. gesetzlicher Vertreter