Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

Patient*innendaten

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG
Verwaltung des Klinikums
Patientenservice und Dokumentenmanagement

Erklärung zur Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Krankenhausleistungen am Universitätsklinikum Freiburg

Patient*innendaten (falls kein Patient*innenaufkleber verfügbar)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Private Krankenversicherung _____

Name, Vorname und Anschrift der/des Hauptversicherten (falls abweichend von Patient*in) _____

Die/Der vorbezeichnete Patient*in wünscht die ambulante privatärztliche Behandlung am Universitätsklinikum Freiburg.

Die Behandlung erfolgt durch Ärzt*innen bzw. Zahnärzt*innen des Universitätsklinikums Freiburg. Eine Delegation an nichtärztliches Personal ist selbstverständlich im zulässigen Maße möglich.

Das Krankenhaus bedient sich zur Abrechnung seiner Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ). Die Kosten der Behandlung sind durch die/den Patient*in zu tragen. Dies gilt unabhängig von einem etwaigen Anspruch auf Erstattung gegen einen Kostenträger.

Die Rechnungslegung erfolgt klinik- bzw. abteilungsbezogen, d. h. sofern eine weitere Klinik/Abteilung oder auch eine/ein liquidationsberechtigte*r Ärzt*in bzw. Zahnärzt*in hinzugezogen wird, erhält die/der Patient*in für diese Leistung eine gesonderte Rechnung.

Datum _____ ✕ Unterschrift Patient*in _____ Unterschrift für das Universitätsklinikum _____

Ich handle als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzl. Vertreter*in / Betreuer*in

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) _____ ✕ Unterschrift Vertreter*in _____

Formular drucken | Formular zurücksetzen