

Leistungsbezogene Kosteninformation / Kostenschätzung

Ergänzung zum privatärztlichen Behandlungsvertrag

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____

Behandlung / Leistungsbereich

Voraussichtliche Abrechnung

GOÄ-Nr.	Leistung / Kurzbeschreibung	Faktor	Anzahl	vorauss. Betrag

Voraussichtliche Gesamtkosten: _____ EUR

Die vorstehende Angabe ist eine Kostenschätzung auf Grundlage des derzeit absehbaren Behandlungsumfangs. Der endgültige Rechnungsbetrag richtet sich nach den tatsächlich erbrachten und nach GOÄ berechnungsfähigen Leistungen. Medizinisch erforderliche Änderungen des Leistungsumfangs können zu Abweichungen führen.

Mir ist bekannt, dass die Praxis eine reine Privatpraxis ist und eine Erstattung durch meine gesetzliche Krankenkasse oder einen anderen Kostenträger nicht gewährleistet ist. Ich wurde vor Durchführung der bezeichneten Behandlung über die voraussichtlich entstehenden Kosten informiert.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung: _____

Unterschrift Praxis: _____