Inanspruchnahme
Individueller Gesundheitsleistungen/Wunschleistungen

Ich, _____(Name PatientIn), geb. am _____,

wünsche ausdrücklich die private Behandlung der folgenden außervertraglichen Leistungen:

Ausführliche Reisemedizinische Beratung

Es ist mir bekannt, dass meine Krankenversicherung/Beihilfestelle eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist auch bekannt, dass die vereinbarten Leistungen von meiner Krankenversicherung/Beihilfestelle nicht erstattet werden.

Vereinbart werden folgende Leistungen abweichend der Gebührenhöhe gemäß § 2 GOÄ.

Leistung	**Anzahl**	**Ziffer**	**Steigerungssatz**	**Betrag**
Ausführliche Reisemedizinische Beratung	1	3	3,5	30,60 Euro

Die Gesamtkosten betragen: **30,60€**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Kosten für die private Behandlung von mir selbst zu tragen sind.

Mir ist erläutert worden, dass für notwendige Impfungen oder Reisebescheinigungen ggf. zusätzliche Kosten anfallen.

Von dieser Vereinbarung wurde mir ein Exemplar ausgehändigt.

_____

Ort/Datum Unterschrift Ärztin/Arzt Unterschrift ZahlungspflichtigeR/VertreterIn

DIAZEN BERGSTRASSE
Dr. med. S. Hoppe & Dr. med. B. Görtz
Diabetologische Schwerpunktpraxis & Hausärztliche Medizin
Berliner Ring 153
64625 Bensheim
TEL 06251 · 2162
FAX 06251 · 66708
info@diazen.de
www.diazen.de