

**Patientenvereinbarung
über die private ärztliche Behandlung
außerhalb der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung**

Ich bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und als privatärztlich erbrachte Leistung abzurechnen.
Ich werde diese Kosten selbst tragen und bin mit der Abrechnung auch über die privatärztliche Verrechnungsstelle (von Ärzten geleitete Gemeinschaftseinrichtung) einverstanden.
Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse bzw. meine private Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, einen Anteil der Privatliquidation zu erstatten.

Histologische Untersuchung bei Salpingektomie (beidseits)

€ 52,43

Datum

Patientenname

Patientenunterschrift

Praxisstempel / Unterschrift des Arztes

Freigegeben von Prof. Dr. Adam

F Kostenübernahme Eileiter R0 / Okt-23

G:\00 QM-System\Dokumente\7 Probe allgemein\Histologie\F Kostenübernahme Eileiter

**Patientenvereinbarung
über die private ärztliche Behandlung
außerhalb der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung**

Ich bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und als privatärztlich erbrachte Leistung abzurechnen.
Ich werde diese Kosten selbst tragen und bin mit der Abrechnung auch über die privatärztliche Verrechnungsstelle (von Ärzten geleitete Gemeinschaftseinrichtung) einverstanden.
Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse bzw. meine private Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, einen Anteil der Privatliquidation zu erstatten.

Histologische Untersuchung bei Salpingektomie (beidseits)

€ 52,43

Datum

Patientenname

Patientenunterschrift

Praxisstempel / Unterschrift des Arztes

Freigegeben von Prof. Dr. Adam

F Kostenübernahme Eileiter R0 / Okt-23

G:\00 QM-System\Dokumente\7 Probe allgemein\Histologie\F Kostenübernahme Eileiter