



MVZ Radiologie-Netzwerk NRW

Fachärzte für Radiologie | Neuroradiologie

Anmeldung für Privatpatienten

Nachname

Vorname Geb.-Datum

A) Rechnungsempfänger (Bitte in Druckbuchstaben leserlich ausfüllen)

Nachname

Vorname Geb.-Datum

Telefon Mobil-Nr.

E-Mail

Sie erhalten Ihre Rechnung per E-Mail. Falls Sie stattdessen den Rechnungsversand per Post wünschen, lassen Sie dieses Feld bitte leer.

Straße Nr.

PLZ Ort

B) Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindungserklärung:

Wir rechnen unsere Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung ab. Unsere berechneten Steigerungsfaktoren: 2,3-fach bei Persönlich-ärztlichen Leistungen, 1,8-fach bei Medizinisch-technischen Leistungen.

Bei einigen sehr aufwändigen Untersuchungen oder Doppeluntersuchungen steigern wir den technischen Satz bis zu 2,5-fach. Basistarifversicherte sind von ihrer Versicherung her verpflichtet, sich gegenüber dem Arzt mit einem von der Versicherung ausgehändigten Ausweis oder einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auszuweisen. Bitte legen Sie diese Unterlagen vor der Untersuchung vor. Gleiches gilt für Patienten, die im reduzierten PKV-Standardtarif versichert sind.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift die Einwilligung zur Verwendung der zur Rechnungserstellung und zum Einzug unserer Forderungen erforderlichen Behandlungsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen) zu erteilen.

Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.

Datum

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter