



Kasse	Privat	BG	Barzahler
-------	--------	----	-----------

Überweisungsschein?:  ja  nein

Waren Sie schon einmal bei uns?:  ja  nein

Überweisender Arzt / Krankenhaus:.....

Strahlenanamnese: Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Mammographie?.....

In welcher Praxis?.....

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Datum:..... **Unterschrift des Patienten:** X.....

Mit der obigen Unterschrift erkläre ich mein **Einverständnis zur heutigen Untersuchung**

Mir ist bewusst, dass im Falle einer Röntgenuntersuchung (Röntgen, Mammographie, Computertomographie) ionisierende Strahlung zum Einsatz kommt.

**Nachfolgendes nur auszufüllen als Privatpatient:**

Name:..... Vorname:.....

Geb.-Dat.:..... Tel. gesch.:..... Tel. privat:.....

PLZ:..... Wohnort:.....

Straße, Hausnummer:.....

Email-Adresse:.....

Private Krankenversicherung:.....

Name des Versicherungsnehmers:..... Geb.-Dat.:.....

Privatpatienten: Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung uneingeschränkt besteht, die vorstehend gemachten Angaben sind zutreffend.

Ich wünsche die Untersuchung als Privatpatient. Ich verpflichte mich, das nach GOÄ berechnete Honorar für die durchgeführte(n) Untersuchung(en) selbst zu tragen, falls die Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Liquidation (Rechnung) an meine obengenannte Adresse geschickt wird.

Die Radiologie Im City Plaza verpflichtet sich, die Liquidation gemäß der gültigen Gebührenordnung nach GOÄ zu erstellen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Erstattungsrichtlinien Ihrer Versicherung oder Beihilfestelle nur Ihre Erstattungsansprüche regeln und nicht Maßgabe für die Liquidation sein können. Die Berechnungsgrundlage orientiert sich allein nach den Vorschriften der Gebührenordnung, den patientenbezogenen individuellen Behandlungsumständen und -anforderungen.

Datum:..... **Unterschrift:**.....