

Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden (§ 73 Abs. 1 b SGB V)

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT | MM | JJJJ)

Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin, Prof. Dr. Andrea Kleindienst, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meiner Hausärztin/meinem Hausarzt und anderen Personen einholt, bei denen ich in Behandlung bin. Die Betreffenden sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Prof. Dr. Andrea Kleindienst darf diese Auskünfte nur zum Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Ärztin

Kenntnisnahme der Abrechnung von Leistungen (Gemäß aktuell gültiger Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ)

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT | MM | JJJJ)

Krankenkasse

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine behandelnde Ärztin, Prof. Dr. Andrea Kleindienst, erbrachte Leistungen nach der jeweils aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnet. Prof. Dr. Andrea Kleindienst stellt eine entsprechende Rechnung zur Vorlage bei der Krankenkasse. Die Kostenerstattung bei selbstbeschafften Leistungen durch Versicherte ist gemäß § 13 Abs. 3 SGB V geregelt. Danach sind Versicherten diese Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn notwendige Leistungen unaufschiebbar waren und nicht rechtzeitig durch die Krankenkasse erbracht werden konnten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Ärztin