

Kostenübernahmeerklärung für die Durchführung einer Zweitmeinung

Kostenübernahmeerklärung des Patienten zur Durchführung einer Zweitmeinung. Sichtung externer Befunde / Bilder / DVD / etc. und Erstellung eines individuellen schriftlichen Untersuchungs- und Behandlungsplans.

Ich, _____
 (Name, Vorname, Geburtsdatum) (Anschrift)

wünsche die **Durchführung einer Zweitmeinung, d. h. Sichtung externer Befunde / Bilder / DVD / etc. und Erstellung eines individuellen schriftlichen Untersuchungs- und Behandlungsplans.**

Mir ist bekannt, dass ich die anfallenden Behandlungskosten privat zu bezahlen habe und diese evtl. nicht durch meine private Krankenversicherung übernommen werden.

Ziffer	Leistungstext	Faktor	Betrag €	von Klinik auszufüllen
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand - je angefangene Stunde Arbeitszeit	2,3	67,03	Anzahl der angefangenen Arbeitsstunden: _____
95	Schreibgebühr, - je angefangene DIN A 4-Seite	1,0	3,50	Seitenanzahl: _____
§ 10	Ersatz von Auslagen: Versand- und Portokosten, - je nach Aufwand		_____	

Ich verpflichte mich zur Zahlung der Gesamtkosten für die oben individuell aufgeführten Leistungen. Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).

Würzburg, den _____

X _____
 Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
 (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

 Unterschrift des Arztes bzw. seines
 Abschlussbevollmächtigten

 Stempel bzw. Angabe Klinik