

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Bitte legen Sie dann dieses Formular ausgefüllt und unterfertigt dem Untersuchungsmaterial bei, oder senden Sie es uns per Post oder FAX.

Ich, _____ geboren am _____
Name Patient bzw. gesetzlicher Vertreter Tag/Monat/Jahr

wohnhaft in _____
Straße, PLZ, Ort

Telefon _____ E-Mail _____

bestätige, dass ich bereit bin, die Kosten von zirka _____ € (zzgl. 10% USt)

für die von meinem Arzt angeordnete Untersuchung

zu übernehmen. Sollten zusätzliche Untersuchungen erforderlich sein, welche die oben angeführten Kosten um mehr als 10% übersteigen, werden wir Sie und Ihren Arzt kontaktieren, um die weitere Vorgehensweise abzuklären.

Ort/Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Leider haben wir zurzeit keine Verträge mit den Krankenkassen. Wir schlagen Ihnen aber trotzdem vor, für die angeordnete Untersuchung bei Ihrer Krankenkasse unbedingt eine chefärztliche Bewilligung einzuholen und die Rückerstattung der Kosten zu beantragen, da diese prinzipiell zu dem von den Krankenkassen zu tragenden Leistungsspektrum zählt und es dafür auch entsprechende Tarifpositionen gibt.