Dr. med. K.-D. Früchtenicht
Fachärzte f. Kinderheilkunde u. Jugendmedizin
Schwerpunkt Neuropädiatrie
EEG, EKG, Ultraschall, Labor

www.drfruechtenicht.de
praxis@drfruechtenicht.de
Knappenpfad 18
13465 Berlin
Fax: 40636362

Die Konsultation findet in den Räumen der Praxis von Dr. Alexander Rosen statt

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Liebe Eltern,
Sie haben heute für ihr Kind einen Termin zur Untersuchung bei Herrn Dr. Früchtenicht vereinbart. Sie bestätigen hiermit, dass Sie gelesen haben, dass die medizinischen Leistungen bei Dr. Früchtenicht gegen Rechnung nach GOÄ erfolgt und von Ihnen persönlich gezahlt werden müssen.
Die Rechnungslegung erfolgt nach GOÄ, im Mittel entstehen Kosten von 50, - bis 100,00- € je nachzeitlichen Aufwand der Konsultation.
Die Rechnung kann bei der Krankenkasse mit der Bitte um ggf. teilweise Erstattung (ohne Rechtsanspruch) eingereicht werden
Weiterhin habe ich zu Kenntnis genommen, dass ich einen vereinbarten Termin rechtzeitig absagen muss. Andernfalls behalten wir uns vor, ***nach § 615 BGB, Ihnen ein Ausfallhonorar*** *mit dem Abrechnungssatz nach GOÄ 96 in Rechnung zu stellen.*

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die erhobenen Patientendaten (Anschrift / Mobilnummer, E mail Adresse) in Einklang mit der DSGV zu Abrechnungszwecken und der Kommunikation mit der Praxis genutzt werden dürfen. Ich kann meine Zustimmung jederzeit widerrufen: E-Mail an: praxis@drfruechtenicht.de

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

E- Mail: ..... @ .....

Telefon mobil: ...../.....

Berlin, den .....

Unterschrift: .....