Dr. med. K.-D. Früchtenicht

Fachärzte f. Kinderheilkunde u. Jugendmedizin

Schwerpunkt Neuropädiatrie

EEG, EKG, Ultraschall, Labor



www.drfruechtenicht.de
praxis@drfruechtenicht.de
Reichstrasse 2
14052 Berlin

Die Konsultation findet in der Reichsstraße 2 (am Theodor-Heuss-Platz) in den Räumen der Praxis von Drs. Bader / Winterfeld statt

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Liebe Eltern,
Sie haben heute für ihr Kind einen Termin zur Untersuchung bei Herrn Dr. Früchtenicht vereinbart. Sie bestätigen hiermit, dass ich gelesen habe, das die medizinischen Leistungen bei Dr. Früchtenicht gegen Rechnung nach GOÄ erfolgt und von mir persönlich gezahlt werden müssen.
Die Rechnungslegung erfolgt nach GOÄ, im Mittel entstehen Kosten von 50, - bis 130,00- € je nach zeitlichem Aufwand der Konsultation. Wenn Sie privat versichert sind werden die Kosten vollständig übernommen.
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.*

Ich bin damit 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: .....

Strasse: ..... PLZ..... Ort.....

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

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

Berlin, den ..... Unterschrift: .....