

Vereinbarung über die Inanspruchnahme einer Digitalen Volumen-Tomografie

(Version 2.1 • 2023 ©)

Herr / Frau

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: privat: _____ beruflich: _____

Krankenkasse: _____ Rentner: ja / nein ☐ Beihilfe

versichert: ☐ selbst ☐ durch Vater ☐ durch Mutter

Name: _____ Geb.-Datum: _____

ausgewiesen durch: ☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ Führerschein ☐ Chipkarte

Zuweisender Arzt: _____

Verdachtsdiagnose: _____

Ich bestätige hiermit, dass ich bei einer privaten oder gesetzlichen Krankenkasse versichert bin und Diagnostik in Anspruch nehme. Ich erhalte dafür eine Rechnung gemäß der GOÄ.

Hiermit ermächtige ich den Praxisinhaber zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an medizinisches Personal sowie andere Ärzte zwecks Weiterbehandlung.

Mit der Übermittlung meiner Daten zur Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) zwecks Leistungsabrechnung bin ich einverstanden.

Teile der Leistung können auch vertretungsweise durch weitere fachkundige Ärzte der Medical Service Köln oder der Zahnarztpraxis Dr. Bauer erbracht werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____