

dr. med. ch. gronau
p. stute
dr. med. u. fox
a. mostafa
n. chaban

Liebe/r Patient/in: Bitte beantworten Sie uns einige Fragen.
(bitte in Druckbuchstaben)

Name: Vorname: Geb.datum:

Adresse: PLZ/Ort:

Tel. (wichtig): ggf. Mobil.:

E-Mail: versichert bei:

– Ich bin versichert mit Normaltarif ☐

oder

– Ich bin - abweichend vom Normaltarif - versichert

mit Basistarif ☐

mit Standardtarif ☐

(Bitte in diesen Fällen entsprechenden schriftlichen Behandlungsnachweis der Krankenversicherung vorlegen.)

Ich bin beihilfeberechtigt: ja ☐ nein ☐

Bitte geben Sie uns noch eine Kostenzusage-Erklärung:

Hiermit erkläre ich, ...

wohnhaft: Tel.:

dass ich für die anfallenden Arzt- und Behandlungskosten persönlich aufkomme.

Die Rechnung wird gemäß den Empfehlungen der niedersächsischen Ärztekammer erstellt. Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass einzelne Kostenträger von diesen Empfehlungen abweichen und Ihnen die Kosten nicht vollständig erstatten, sodass Sie einen Teil der Kosten selbst tragen müssen. Bitte klären Sie dies gegebenenfalls im Vorfeld mit Ihrem Kostenträger ab.

.....

Braunschweig, Datum

.....

Unterschrift

Bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten