

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben bei uns einen Eingriff [OP, Endoskopie,...], den wir direkt über Ihre stationäre Sonderklasseversicherung abrechnen können. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Formular geben Sie Ihr Einverständnis, dass wir diese Abrechnung mit Ihrer Versicherung durchführen.

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung nur möglich ist, wenn Sie einen aufrechten Vertrag mit Ihrer Versicherung haben. Allfällige Selbstbehalte ersuchen wir, vorab mit Ihrer Versicherung zu klären. Wir selbst haben keine Möglichkeit, in Ihren Vertrag Einblick zu nehmen und können daher nicht überprüfen, ob und wie Sie versichert sind. Sollte die Abrechnung mit Ihrer Versicherung nicht möglich sein, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung.

Information für BVA-Versicherte: Aufgrund der relativ hohen Rückerstattungshonorare der BVA zahlen BVA-Versicherte geringere Prämien bei Privatversicherungen. Aus diesem Grund zahlen uns die Privatversicherungen nur 2/3 des OP-Honorars, sodass wir unseren BVA-Patienten eine Honorarnote über 1/3 der OP/Endoskopiekosten ausstellen müssen. Diese Honorarnote kann dann bei der BVA eingereicht werden. Die Kosten werden Ihnen in der Regel von der BVA rückerstattet.

Versicherung:

Polizzenummer:

Datum:

Ich habe diese Information gelesen und bin mit dem Inhalt und der Abrechnung mit meiner Versicherung einverstanden.

Name und Unterschrift:

ärzte im zentrum

3100 st. pölten grenzgasse 11
telefon 02742 - 32307
fax 02742 - 32307.10
terminvereinbarung auch online möglich

www.zentrum.at
mail aerzte@zentrum.at