

Daten der Patientin/des Patienten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Land	
Mobilnummer	
Telefon privat	
Email Adresse	
Krankenkasse / Versicherung	
Eigener Beruf	
Beruf Partner/Partnerin	
Name des betreuenden Arztes / Ärztin	

Ich erkläre, dass ich privat versichert / Selbstzahler/in bin. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der Patientin / dem Patienten und der Eurofins Pränatal-Medizin.

Die Rechnung wird nach den amtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung erstellt.

Die Rechnung wird von mir sofort ohne Abzug, unabhängig von einer Erstattung seitens der Versicherung beglichen (§12 GOÄ).

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung durch meinen Versicherer möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Ich möchte eine Kopie dieses Anmeldeformulars

Ja Nein

Datum	Unterschrift
	X