



# ZUSTIMMUNG PRIVATBEHANDLUNG für den kassenfreien Raum

Information und Zustimmung zur privaten Behandlung durch Dr. med. univ. Claudia Frey

Ich, ..... (Name des Patienten/der Patientin),  
geboren am ..... (Geburtsdatum) wünsche ausdrücklich,  
dass mich Dr. med. univ. Claudia Frey **PRIVAT BEHANDELT**.

Ich bin vor der Behandlung darüber aufgeklärt worden und bestätige dies mit  
meiner Unterschrift, dass bei privaten Behandlungen durch Dr. med. univ. Claudia Frey  
**KEINE KOSTENERSTATTUNG DURCH DIE VERSICHERUNGSTRÄGER** erfolgt.

Eine Verrechnung erfolgt direkt zwischen dem Patienten/der Patientin  
und Dr. med. univ. Claudia Frey.

Ebenfalls nehme ich zur Kenntnis, dass im selben Leistungsfall sowie  
im selben Quartal die E-Card bei keinem Vertragsarzt/Vertragsärztin  
gesteckt werden kann.

Datum: ..... Unterschrift: .....