



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: