	Dokumentenname:	Check:
	Angaben Auslandsbescheinigung	Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 1
	Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Ildikó Czeiner August-Mohl-Str. 38 95030 Hof/Saale	QM Arztpraxis

Bitte füllen Sie das Formular deutlich und in Druckbuchstaben aus! Vielen Dank.

Patient: _____
Name Vorname

1. Adresse: _____
   _____
   _____
2. Geburtsdatum: _____
3. Geburtsort: _____
4. Pass-Nummer: _____
5. Reisezeitraum (von – bis): _____
6. Reiseland: _____
7. Medikation: _____
8. Staatsangehörigkeit: _____
9. Kosten: 5,00 €

Vereinbarung zur Erbringung der individuellen Gesundheitsleistung (IGEL)

Mir ist bekannt, dass die Leistung nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehört und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden kann. Die Arztrechnung ist mit den oben aufgeführten Gesamtkosten von mir selbst zu zahlen.

Die Rechnung erfolgt auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ich wurde von Fr. Dr. Czeiner bzw. ihrem Team umfassend aufgeklärt und schließe die Vereinbarung auf meinen ausdrücklichen Wunsch und nach genügend Bedenkzeit.

Datum: _____ Unterschrift Patient/Sorgeberechtigte(r): _____

Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____