

## Hinweis für Privatversicherte

Name Kind

Geb. Datum:

---

Name Erziehungsberechtigter

Geb. Datum:

---

Telefon

---

- Mir ist bekannt, dass meine Versicherung bzw. die zuständige Beihilfe unter Umständen nicht die volle Rechnungssumme erstattet, auch wenn die Rechnung korrekt nach der GOÄ erstellt worden ist.
- Ich verpflichte mich, den nach der GOÄ in Rechnung gestellten Betrag vollständig zu begleichen, unabhängig von der Höhe der Erstattung durch meine Versicherung bzw. die zuständige Beihilfestelle. Die Verpflichtung des Arztes, medizinisch notwendige Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ abzurechnen, bleibt unberührt.

---

Unterschrift Erziehungsberechtigter/ Patient