

Vormerkung für Wahlleistung

Zwischen



Bgm.-Dr.-Hartmann-Str. 50
86899 Landsberg am Lech

K-Nr. Kh: 260911444

und

Name, Vorname des Patienten: _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ PLZ _____ Wohnort des Patienten _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer _____ Aufnahme datum _____ OP-Termin _____

Fachrichtung _____ behandelnder Arzt _____

Ggf. Name Kostenträger Wahlleistung _____

Ggf. Adresse Kostenträger Wahlleistung _____

Ggf. Mitgliedsnummer des Patienten _____

Über die Gewährung der nachstehenden angekreuzten
gesondert berechenbaren Wahlleistungen

zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und im Pflegekostentarif bzw. Krankenhausergelttarif oder PEPP-Entgelttarif genannten Bedingungen:

- 1-Bett-Zimmer Premiumstation (Preis je Berechnungstag) € 188,00**
- Behandlung durch einen Wahlarzt (oder ständige ärztliche Vertretung)**
- Aufnahme einer Begleitperson (Preis je Berechnungstag) € 98,00**

Hinweis:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht **kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz**. Bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

Landsberg am Lech, den _____

Unterschrift des Patienten (oder Eintrag des Namens)

Ggf.: Ich handle als Vertreter des Patienten mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters in Klartext

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters (oder Eintrag des Namens)

SENDEN