



Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Sibylle Seibold
Dr. med. Stefanie Trölitersch

Einverständniserklärung

Privatpatientinnen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Rechnungsadresse:

Telefonnummer/Handynummer:

Krankenkasse:

Hausarzt/mitbehandelnder Frauenarzt:

Ich bin damit einverstanden, dass die ärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 2,3 – max. 3,5facher Satz) abgerechnet werden, unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenkasse.

Datum

Unterschrift der Patientin
