

Dr. med. Petra Kapaun
Schulbergredder 2b
22399 Hamburg



Vereinbarung über privatärztliche Behandlung

Dr.med. Petra Kapaun und

.....
Name , Vorname der sorgeberechtigten Vertragspartners

vereinbaren die privatärztliche Behandlung für

.....
Name , Vorname , Geburtsdatum, z.B. des Kindes

Die Abrechnung für Privatpatienten erfolgt analog nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ). Bitte klären Sie mit Ihrer Versicherung, ob eine Kostenübernahme mit Ihrem Vertrag möglich ist.

Rechnungsanschrift

.....
Name ,Vorname des Rechnungsempfängers

.....

.....
Name und Anschrift der Versicherung

Für Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, berechne ich ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 €.

.....
Datum, Unterschrift