

**Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin,
Psychosomatik und Psychotherapie
und Regulationsmedizin**

:: Dr. med. Frank Jaschke
:: Dr. med. Renée Jaschke

Friedrichstraße 34 :: 65185 Wiesbaden :: Telefon 0611.45 04 36 80 :: www.dr-jaschke.de

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name:.....

Vorname(n):.....

Titel:.....Geburtsdatum:.....

Beruf:

PLZ: Wohnort:

Straße und Hausnummer:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

Telefon mobil:

E-Mail (1):

E-Mail (2):

Krankenversicherung:

Bei Minderjährigen Name des Hauptversicherten:.....

Ich möchte in der Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie und Regulationsmedizin, Dr. med. Frank Jaschke und Dr. med. Renée Jaschke untersucht und / oder sbehandelt werden.

Ich weiß, dass für diese Praxis keine Zulassung für die Erbringung von Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen besteht. Die Leistungen werden nach den gesetzlichen Bestimmungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Das Falblatt der Bundesärztekammer zur veralteten GOÄ habe ich zur Kenntnis genommen. Falls Leistungen erbracht werden sollen, bei denen es erfahrungsgemäß zu Problemen bei der Erstattung durch die Privatkassen kommt, werde ich in der Regel gesondert darauf hingewiesen. Das ärztliche Honorar ist jedoch nach § 611 BGB unabhängig von einer eventuellen späteren Kostenerstattung zu zahlen.

Sollte ich Rechnungen der Praxis Dr. Jaschke nicht zeitgerecht bezahlen, erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die zur Geltendmachung der Forderungen notwendigen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, Befunde, Diagnosen, Behandlungsdaten und -verläufe) an unseren Inkassodienstleister, bzw. an die mit diesem kooperierenden Rechtsanwälte weitergegeben werden dürfen.

Wiesbaden, den

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin
bzw. des gesetzlichen Vertreters