

**NAME** .....

**Adresse** .....

**Telefonnummer** .....

**E-Mail-Adresse** .....

**Privatrechnung!**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Frau Dr. Taferner **Wahlärztin** ist:

**Das Arzthonorar wird privat bezahlt.**

Die Honorarnote wird in der Ordination bezahlt oder nach Zusendung per Post beglichen.

**Ausnahmen vom Datenschutz!**

Ich stimme zu, dass

1) relevante Vorbefunde (Röntgen-/CT-/MRT-Bilder und Befunde. Laborbefunde. Arztberichte von vorbehandelnden Kollegen aus den Krankenhäusern und dem niedergelassenen Bereich) angefordert werden dürfen, wenn dies erforderlich erscheint

Ja, ich stimme zu                       Nein, ich lehne ab

2) der zuweisende Arzt einen Arztbericht zu seiner Fragestellung erhält

Ja, ich stimme zu                       Nein, ich lehne ab

Ergänzungen/Einschränkungen:

.....  
.....  
.....  
.....

Datum: .....

Unterschrift: .....

### Organisation/Kosten:

Das Wahlarzthonorar wird nach Zeitaufwand abgerechnet.  
Sonderleistungen werden getrennt in Rechnung gestellt.

Erstordination	Region: Wirbelsäule	ab € 150,- (nach Zeitaufwand)
	andere Region	ab € 70,- (nach Zeitaufwand)
	Folgeordination	ab € 60,- (nach Zeitaufwand)

### Terminversäumnis:

Vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, sollten spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da sie sonst in Rechnung gestellt werden können!

### Kostenersatz durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung:

Ein Teil des Honorars wird von Ihrer Krankenversicherung rückerstattet. Seit 01.07.2024 gilt folgende Regelung: Die Honorarnote muss **nach Bezahlung** von der Ordination der zuständigen Krankenversicherung übermittelt werden.

Dazu benötigen wir Ihre Bankdaten und Ihr Einverständnis, diese Bankdaten gemeinsam mit der Honorarnote, auf der die relevanten Diagnosen zur Behandlung angeführt sind, zu übermitteln.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis dazu!

Ihre Bankdaten:

IBAN: .....

BIC: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....