

## Abrechnung Fachärztliche Leistungen

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, meine fachärztlichen Leistungen gem. GÖA für Sie selbst bzw. Ihr Kind / Ihre Kinder:

---

Geburtsdatum	Name
--------------	------

---

Geburtsdatum	Name
--------------	------

---

Geburtsdatum	Name
--------------	------

ggfs. bis zum 2,7-fachen Satz privat zu bezahlen, sofern Ihre private Krankenkasse hierfür die Kosten nicht in vollem Umfang trägt.

---

Ort, Datum	Unterschrift Patient/Patientin, gesetzl. Vertreter d. Kindes/der Kinder
------------	---