

Befundanforderungsbogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Art der Anfrage:

Bitte schildern Sie so detailliert wie möglich, was für ein Schreiben Sie benötigen und für wen:

Was: _____

Für wen: _____

Anfragen im Zusammenhang mit privaten Versicherungsträgern

Kosten: je nach Art und Umfang (GOÄ: 75, 80, 85)

Erstellung eines individuellen und ausführlichen Widerspruchs gegen einen Kostenablehnungsbescheid

Kosten: je nach Art und Umfang zwischen 40 und 80 €

Erstellung von medizinischen Befunden/Berichten/Attesten

Kosten: je nach Art und Umfang, jedoch mindestens 10,00 €

Bitte wählen Sie, ob Sie das Schreiben per Post erhalten oder in der Praxis abholen möchten:

per Post (zzgl. Porto)

in der Praxis abholen

Einwilligungserklärung für Patienten von Herrn Dr. med. Stefan Sommer

Hiermit stimme ich einer Einsichtnahme in meine bisher durch Dr. med. Stefan Sommer geführten Patientenunterlagen durch die Praxis Eller&Kellermann ausdrücklich zu.

Allgemeine Hinweise:

Nach der erfolgten Bearbeitung erhalten Sie eine Rechnung von unserem Abrechnungsinstitut *mediserv*. Wir bitten Sie hierfür die Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Des Weiteren weisen wir Sie darauf hin, dass wir für die Bearbeitung Ihrer Anfrage 10-14 Tage benötigen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den Kosten und den allgemeinen Bedingungen einverstanden und geben die Erstellung Ihrer Anfrage in Auftrag.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in