UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Arnold-Heller-Str. 3, Haus C, 24105 Kiel
0431 500-21360 , -21188
dermatohistologie.dermatologie.kiel@uksh.de

Einverständniserklärung

zur Privatliquidation von Leistungen im histopathologischen/mykologischen Labor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

Sehr geehrte Patient*innen,

bei der weiteren Bearbeitung von Material zur Erregeridentifizierung in unserem histopathologischen/mykologischen Labor erfolgt die Honorarabrechnung für privatärztliche Leistungen per Privatliquidation auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass Erstattungen des Honorars durch die Erstattungsstellen (Beihilfestellen bzw. Private Krankenversicherungen) trotz medizinischer Notwendigkeit möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet sind.

Im Rahmen der Honorar-Vereinbarung erkläre ich

Name

Vorname

T T . M M . J J J J
Geburtsdatum

mich einverstanden, dass die Abrechnung der Laborleistung nach der GOÄ erfolgen darf.

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift Patient *in