



Facharztpraxis für Kinderkardiologie,  
Erw. mit angeb. Herzfehlern (EMAH)  
E-Mail: praxis@dr-timme.de  
lpraxistimme@praxis.tm.kim.telematik

Tel.: 030 - 606 50 36  
Fax: 030 - 606 50 10  
Britzer Damm 63 12347 Berlin

**Liebe Eltern,**

Sie haben angegeben, dass Ihr Kind über eine private Krankenversicherung oder über das Verfahren Kostenerstattung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Wir bitten Sie daher folgendes Formular auszufüllen und zu unterschreiben.

**Erklärung für Patienten zur Privatversicherung**

Ihre Daten werden elektronisch gespeichert. Ihre Angaben sind durch die ärztliche Schweigepflicht geschützt.

Patient: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_, Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift (wenn abweichend): \_\_\_\_\_

Privatversicherung: \_\_\_\_\_ gesonderter Steigerungsfaktor: \_\_\_\_\_

Mein Kind ist in Behandlung bei / mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

- Ich nehme zur Kenntnis, dass der Behandlungsvertrag zwischen meiner Person und Herrn Dr. Jens Timme, Britzer Damm 63, 12347 Berlin zustande kommt. Dies beinhaltet auch, dass die Liquidation an meine o.g. Rechnungsanschrift gestellt wird.
- Die entsprechende Rechnung wird nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte von 1996 erstellt. Sollte ich mit meiner privaten Krankenversicherung einen abweichenden Steigerungsfaktor vereinbart haben, so habe ich dies oben vermerkt. Ich wurde hiermit darauf hingewiesen, dass eine solche Vereinbarung nur zwischen mir und der Versicherung besteht, einen Anspruch auf einen entsprechenden Faktor bei der Rechnungsstellung leitet sich daraus nicht ab. Dies muß im Vorfeld besprochen werden.
- Ich bin alleine verantwortlich für die Begleichung der Außenstände, ein Abwarten der Erstattung durch die Krankenversicherung und damit verbunden Verzug der Zahlung würde zu weiteren Kosten durch Mahnungen führen.
- Die Berechnung der ärztlichen Leistung richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit und wird nach den Grundlagen der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ abgerechnet. Es handelt sich dabei um eine Rechtsverordnung. Die Beihilfe weichen in der Erstattung hiervon hin und wieder ab und erstattet z.B. nur 60, bzw. 80% der Rechnungssumme. Sollten die Leistungen, die wir ihnen nach GOÄ korrekt in Rechnung gestellt haben, nicht von ihrer Beihilfe anerkannt und erstattet werden, so ist der Differenzbetrag von Ihnen selbst zu tragen, eine Ausrichtung des ärztlichen Handelns nach den, dem Arzt in ihrer Vielgestaltigkeit unbekanntem Erstattungsmöglichkeiten des Patienten ist unzulässig.

Obige Angaben zur Person und Anschrift wird hiermit durch ihre Unterschrift bestätigt:

Ich bitte um Behandlung des o.g. Patienten.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift / Erziehungsberechtigte/r)