



# ALAN AMIN

## Orthopädie am Sülzgürtel

Name und Vorname des/der **Rechnungsempfängers/in**

Geb. Datum

Straße und Hausnummer des/der **Rechnungsempfängers/in**

Ort

Beruf

Tel.privat

Tel.dienstlich

Email

Krankenkasse

Ja  Nein

Sind Sie Beihilfe berechtigt?

Hiermit beantrage ich ärztliche Behandlung für mich bzw. für

Name, Vorname, Geb.Datum und Anschrift des/der Patienten/in, **falls abweichend vom Re-Empfänger/in**

Die Untersuchung/Behandlung und Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) erfolgt durch die Praxis Alan Amin oder deren persönlichen Vertreter.

Der Behandlungszeitraum endet nach schriftlichem Widerspruch des/der Patienten/in.

Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) gemäß Paragraph 1 bis 12 bin ich einverstanden (ausgenommen § 2 GOÄ).

Ich verpflichte mich, das nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Mir ist bekannt, dass das von Herrn Alan Amin berechnete Honorar persönlich an ihn zu zahlen ist.

**Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand** \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Patienten/in)

Köln, \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Patienten/in