



DERMPRAX

Dr. med. Lisa Hübinger-Gallenkamp

Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Tätigkeitsschwerpunkt
Ambulante Operationen

Hainstr. 15-17 · 42109 Wuppertal
0202 / 45 11 19 · info@dermprax.de
www.dermprax.de

Fragebogen Privatpatient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Telefon: _____

Email: _____

Haus-/Kinderarzt: _____

Beruf (freiwillig): _____

Versicherungsstatus: Selbstversicherter Familienmitglied

Wenn Status der „Familienmitglied“ ist, bitte die Daten des Hauptversicherten angeben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Die Liquidation erfolgt gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ). Die Erstattungshöhe durch die private Krankenversicherung und die Beihilfestellen hängt in erster Linie vom individuell abgeschlossenen Tarif und den jeweiligen Erstattungsbestimmungen ab. Es können sich Situationen ergeben, in denen von den privaten Krankenversicherungen etwaige Steigerungsfaktoren nicht komplett übernommen oder einzelne Positionen nicht anerkannt werden. Ich verpflichte mich in jedem Fall, das Arzthonorar vollständig und fristgerecht zu überweisen.

Bei Blutabnahmen, Abstrichen oder Gewebeproben, die durch ein Fremdlabor untersucht werden, erkläre ich mich einverstanden deren Rechnung (ggf. über PVS) zu begleichen.

Hiermit erkläre ich mich mit der Behandlung in der Praxis Dr. med. Lisa Hübinger-Gallenkamp durch die Ärzte einverstanden.

Ich habe das oben Angeführte zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Die von mir gemachten Angaben sind aktuell und richtig.

Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. des Hauptversicherten