



MICHAEL ARLT

Dr. med. Dr. rer. nat. | Privatarztpraxis

Patienten-Erklärung / Schweigepflichtentbindung

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb. am:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon bei Rückfragen:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Ich möchte als (bitte ankreuzen)

gesetzlich krankenversicherter Selbstzahler

Privatpatient bei der privaten Krankenversicherung:

die später im Gespräch mit Dr. Arlt diskutierten und dann aufgeführten ärztlichen und ggf. labormedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Die Liquidation für diese Leistungen erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Leistungserbringung und Abrechnung der gewünschten Beratungen und Blutuntersuchungen erfolgt in der privatärztlichen Laborarztpraxis Dr. Arlt, Stuttgart.

Für gesetzlich krankenversicherte Selbstzahler: Ich wurde durch den Arzt vor der Behandlung darüber informiert, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse und/oder anderen Kostenerstattungsstellen keinen Anspruch auf Kostenübernahme habe, weder ganz noch teilweise! Mir ist bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind („gesetzliche Krankenkassenversicherung“).

Für privatversicherte Patienten: die Leistungen werden normalerweise von allen privaten Krankenversicherungen übernommen. Die Übernahme der Komplettkosten richtet sich nach den jeweiligen Bedingungen der privaten Krankenversicherung und kann daher nicht gewährleistet werden.

Schweigepflichtentbindung:

Ich willige ein, dass der Arzt Dr. Michael Arlt meinen Befundbericht/meine Laborwerte an folgende/n Arzt/Ärztin weiterleiten soll/darf:

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in