
Name, Vorname

Geburtsdatum

Erklärung zur Abrechnung von Leistungen im privatärztlichen Institut für Erwachsenen-ADS

Ich wünsche, diagnostische und/oder therapeutische Leistungen im privatärztlichen Institut für Erwachsenen-ADS in Anspruch zu nehmen. Ich erkläre mich einverstanden, dass für einige Leistungen ein erhöhter Steigerungsfaktor (Faktor 3,5) abgerechnet wird und mir ist bekannt, dass einige private Krankenversicherungen diesen erhöhten Faktor trotz Begründung und nicht anerkennen in seltenen Fällen (bislang nur Debeka) auch die zweifache Abrechnung der Ziffer 801 (Betrag 33,52€) nicht akzeptieren und aus diesem Grund die vollständige Erstattung der erbrachten Leistung verweigern. Mir ist bekannt, dass ich einen dadurch ggf. entstehenden Differenzbetrag selbst tragen muss und dass seitens des privatärztlichen Instituts für Erwachsenen-ADS keine umfangreichen Begründungsschreiben an die Kasse erstellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in