

Vorname: _____
Name: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
(Mobilnummer für Erreichbarkeit bevorzugt)

Erklärung über die Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung

Ich wünsche die fachradiologische Stellungnahme / Zweitmeinung von
PD Dr. Karsten Beiderwellen zu folgendem Problem
(ggf. auf gesondertem Blatt konkrete Fragen ergänzen):

Mir ist bekannt, dass eine radiologische Zweitmeinung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehört und dass ich diese privat in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bezahlen muss.

Je nach Komplexität des Falls liegt der Rechnungsbetrag für bis zu zwei Untersuchungen bei 75 bis 150 EUR. Bei mehr als zwei Untersuchungen oder komplexen Fragestellungen mit notwendiger Literaturarbeit wird die Arbeitszeit stundenweise berechnet.

Sollte der zu erwartende Rechnungsbetrag 150 EUR übersteigen, wird dies vorab entsprechend mit Ihnen abgestimmt.

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten