

**Vereinbarung**  
**über eine stationäre Behandlung**  
zwischen  
**dem Belegarzt (Knappschaftsfacharzt)**

---

und dem Patienten / der Patientin  
(Mehrleistungsversicherte(r) der Knappschaft)

---

Name - Vorname - Geburtsdatum - KVNR

---

PLZ - Wohnort - Straße - Hausnummer

**Ich wünsche die Behandlung und Operation durch den obengenannten Belegarzt unter privatärztlichen Bedingungen. Die Abrechnung erfolgt nach dem derzeit gültigen Vertrag, der zwischen der KNAPPSCHAFT und dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. geschlossen wurde. Die Behandlung erfolgt im**

---

Krankenhaus (vollständige Adresse)

---

Ort - Datum

---

Unterschrift Patient / Patientin

Versicherte(r)

---

Name - Vorname - Geburtsdatum

---

PLZ - Wohnort - Straße - Hausnummer

---

Ort - Datum

---

Unterschrift Versicherte(r)