

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)