



Vergütungsvereinbarung zum Auskunftsbegehren eines Kostenträgers



Versicherungsschreiben vom: _____

Versicherungsnummer: _____

Erstattungsanspruch in Höhe der angefallenen Aufwendungen

Sehr geehrte (r) _____

Auf Ihren Wunsch hin bin ich gerne bereit, die Anfrage Ihrer Versicherung zu bearbeiten. Bitte haben Sie aber Verständnis dafür, dass ich das Auskunftsersuchen erst nach Vorliegen der nachfolgend genannten Voraussetzungen beantworten kann.

- (1) Auf Grund der ärztlichen Schweigepflicht bitte ich Sie, dass Sie mich schriftlich für diesen betreffenden Fall von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Ich bitte daher um Übermittlung bzw. Rücksendung der von unserer Praxis erstellten Erklärung „Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“. Diese können Sie sich auch auf unserer Homepage herunterladen.
- (2) Bei der Erteilung von Auskünften handelt es sich nicht um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung, sondern um eine Tätigkeit ohne jeglichen therapeutischen Ansatz, folglich kann die Erteilung von Auskünften nicht nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidiert werden. Der Vergütungsanspruch und der Ersatz von Aufwendungen werden nach §§ 612 und 670 BGB geregelt.

Ich bitte um schriftliche Bestätigung, dass Sie mir die entstandenen Aufwendungen erstatten:

Diese sind im Einzelnen:

Röntgenaufnahmen (Vervielfältigung auf Papier 0,50 €, Fotopapier 2,50 €)

Modelle einartikuliert mit Artikulator zum Wiederbeschaffungswert (ca. 400 €)

Ausdrucke von Behandlungsunterlagen (auch Fotokopien von Heil- und Kostenplänen, Fremdbelege 0,50 €)

OP-Berichte (Kopien als Ausdrucke 0,50 €)

Porto- und Verpackungskostenpauschale (6,90 €) und Arbeitszeit (Minutenfaktor 1,50 €)

Gesamtbetrag

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: Dr. Gregor Kendzia

Bankinstitut: Kreissparkasse Rhein-Pfalz

Kontonummer: 1100643

Bankleitzahl: 54550120

Die Unterlagen sind in einwandfreiem Zustand übergeben worden. Für Verlust oder Beschädigung komme ich als Patient auf. Die Verweildauer in der Hand von mir ist auf 21 Tage beschränkt, danach werden die ausgeliehenen Unterlagen auf meine Kosten wiederhergestellt. Eine Kopie dieses Schreibens ist zur Einreichung bei Ihrer Versicherung bestimmt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzl. Vertreters

