

UNIVERSITÄTSKLINIKUM LEIPZIG AÖR
Leistungsbeleg für die Rechnungslegung
 an selbstzahlende Patienten

Name der privaten Krankenversicherung:

Rechnungsempfänger Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____ Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____	Behandelter Patient Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____ Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____
--	---

Behandlungsdiagnose (verbal)
 ICD-Nr.

--	--	--	--	--

Datum	Nr. GOÄ	Faktor	Sonstige Auslagen	
			Art	EUR

Gemäß § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes erkläre ich mein Einverständnis, daß die zur Rechnungserstellung erforderlichen persönlichen Daten an Dritte übermittelt und dort mit Hilfe der EDV bearbeitet werden.	Datum _____ Behandelnde Einrichtung _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____
Unterschrift des Patienten _____	

Datum	Nr. GOÄ	Faktor	Sonstige Auslagen	
			Art	EUR

Behandelnde Einrichtung _____	Datum _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____
-------------------------------	--