

**Einverständniserklärung für privatversicherte Patienten
über die ambulante palliativmedizinische Versorgung
durch den PKD Kreis Coesfeld**

Hiermit bestätige ich, dass mir die Informationen für privatversicherte Patienten über die ambulante palliativmedizinische Versorgung durch den PKD Kreis Coesfeld bekannt sind. Ich erkläre mein Einverständnis mit den dort genannten Vereinbarungen.

Der Rechnungsbetrag ist mit der Einschreibung unmittelbar nach Rechnungsstellung fällig. Die Pauschale ist unabhängig von der Dauer der Einschreibung und der Häufigkeit der Inanspruchnahme der palliativmedizinischen Leistungen.

Ärztliche Leistungen erfolgen gesondert und werden ggf. von dem jeweils behandelnden Arzt / Ärztin in Rechnung gestellt.

Einverständnis:

Ich möchte an der palliativmedizinischen Versorgung durch den PKD Kreis Coesfeld teilnehmen und bin über die entstehenden Kosten informiert und einverstanden.

Name des Patienten / der Patientin

Name des Rechnungsempfängers

Krankenversicherung

Adresse des Rechnungsempfängers

Versicherungsnr.

Ort und Datum

Unterschrift Patient / ges. Vertretung