ukb universitäts klinikumbonn

Univ.-Prof. Dr. med. Albert J. Becker
Encephalitislabor der Klinik für
Epileptologie

Vertrag über die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen

Name, Vorname des Patienten/der Patientin | Geburtsdatum

Postleitzahl | Wohnort des Patienten/der Patientin | Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung | Telefon-Nr.

Name, Vorname und Anschrift des/der Hauptversicherten (falls abweichend vom Patienten/der Patientin; bei minderjährigen Patienten/Patientinnen ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Zwischen dem oben genannten Patienten/der oben genannten Patientin (bzw. bei minderjährigen Patienten/Patientinnen: dem oder den oben genannten Sorgeberechtigten) und dem Universitätsklinikum Bonn wird die private persönliche Beratung und Behandlung durch Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Becker als Wahlarzt ab dem _____ vereinbart.

Für den Fall der unvorhersehbaren Verhinderung von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Becker bin ich bei nicht verschiebbarer Behandlung mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen Stellvertreter einverstanden.

Ständige ärztliche Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ) von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Becker sind:

- im Bereich "Leistungen auf Station § 4 Abs. 2 GOÄ" _____,
- im Bereich "..... " _____.

Die Benennung dieser ständigen ärztlichen Vertreter vor Abschluss der Wahlarztvereinbarung bestätige ich durch meine nachfolgende Unterschrift:

Bonn, _____
Datum

X _____
Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. seines/ihres Vertreters (bei minderjährigen Patienten/Patientinnen: des oder der Sorgeberechtigten)

_____
Unterschrift für das Universitätsklinikum Bonn