



Retinologie
Kinderophthalmologie
Kontaktlinsenberatung

Neuroophthalmologie
Gutachten/Bescheinigung
Laserchirurgie

Sehschule-Orthoptik
Vorsorge CheckUp
Plastische Lidstraffung

Spezialpraxis für Ästhetische Medizin
Schonende Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin u. Hyaluronsäure
Gesichts- u. Lippenmodellierung • Volumenaufbau • Mesotherapie • Hautverjüngung

Wickerer Str. 8-10 • 65439 Flörsheim am Main
Telefon 06145 7878 • Fax 06145 7848
www.augenarzt-dr-lachmann.de

**Vereinbarung
zwischen Dr.med. Claudius Lachmann und**

Frau/Herr _____ Geboren am _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Tel.-Nr.: Privat _____ Geschäftlich _____

Name der privaten Versicherung _____

Email _____

Mit Ihrer Unterschrift schließen Sie einen rechtsgültig privatärztlichen Behandlungsvertrag auf der Grundlage der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dies gilt auch für eine nachträgliche Vorlage von kassenärztlichen Überweisungen. Sie erhalten von uns eine Honorarabrechnung, die von Ihnen innerhalb der üblichen Fristen zu begleichen ist. Bei unvollständiger Kostenübernahme seitens Ihrer privaten Versicherung ist der Restbetrag meiner Honoraranforderung ebenfalls von Ihnen zu begleichen.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden. Ich wünsche die Untersuchung als Privatpatient/in.

Ich bin KVB Post B Basistarif
(wenn zutreffend bitte ankreuzen)

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten/in, bzw. gesetzlicher Vertreter _____

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe und zum Datenschutz

Mit Inkrafttreten der Datenschutzerklärung (DSGVO) zum 25.5.2018 benötigen wir ihre schriftliche Einverständniserklärung. Mit ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihre Einwilligung:

JA, zur Datenübermittlung (Zusendung eines Arztbriefes, Laborwerte, Überweisungen, Rezepte) an den von Ihnen genannten Hausarzt.

JA, auf besondere Anfrage wünsche ich die elektronische Befundübermittlung unverschlüsselt an folgende Email Adresse:

JA, zur Datenübermittlung (Arztbriefe, Kontaktdaten) an mit- u. weiterbehandelnde Ärzte/innen, Krankenhäuser und Laborinstitute, wenn diese zum Wohl Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen.

Diese Vereinbarung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihnen widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten/in, bzw. gesetzlicher Vertreter _____