

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Überweisungsdatum: _____

Anschrift Patient: _____

**Bitte Formular vorab per Fax an Praxis Dr. Christ
Fax Nr.: (0631) 3711777**

Mit Bitte um: DVT Standort MVZ Landstuhl*

- Großes Volumen Oberkiefer
 Kleines Volumen Unterkiefer

Diagnose/Indikation: _____

Hinweis für Patienten:

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der GKV das Recht habe, nach Bedingungen der GKV behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund des privaten Behandlungsvertrages die genannte privatärztliche Behandlung (DVT), unabhängig des Erstattungsverhaltens meiner privaten/gesetzlichen Versicherung. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine vollständige Erstattung der Vergütung der genannten Leistung durch die priv./ges. Krankenkasse unter Umständen nicht gewährleistet ist.

DVT Kosten: ca 250,00 €

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Gesetz. Vertreter

*Terminvereinbarung:
MVZ Landstuhl/HNO
Kaiserstraße 171
66849 Landstuhl
Tel.: (06371) 4049100
Fax: (06371) 4049115

Praxisstempel / Unterschrift _____

Bitte dieses Formular zur Untersuchung mitbringen.

DR. M. CHRIST & COLLEGEN
MKG CHIRURGIE

Hölzengraben 2
67657 Kaiserslautern

FON 0631 37 11 70
FAX 0631 37 11 777

MAIL info@christundcoll.de
WEB www.christundcoll.de