

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für Privatversicherte Patienten für die Palliativmedizinische Versorgung durch den PKD Bottrop**

Sehr geehrte Damen und Herren, Patienten und Angehörige / ges. Vertreter,

mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis für die auf der „Information für Privatversicherte über die ambulante Palliativmedizinische Versorgung durch den PKD Bottrop genannten Vereinbarungen. Die Pauschale ist unabhängig von der Dauer der Einschreibung und der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Palliativmedizinischen Leistungen zu zahlen. Der Rechnungsbetrag ist unmittelbar nach Rechnungsstellung fällig.

Erforderliche ärztliche Hausbesuche werden, so wie Sie es durch Ihren Hausarzt kennen, gesondert nach GOÄ in Rechnung gestellt.

Versicherte haben das Recht, ihre Teilnahme am Vertrag ohne Angaben von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Teilen sie uns diesen Widerruf bitte schriftlich mit.

**Im Falle eines nicht fristgerechten Widerrufs werden die bis dahin entstandenen Kosten in Rechnung gestellt!**

☐ Ich möchte die ambulante Palliativversorgung durch den PKD Bottrop in Anspruch nehmen. Bezüglich der Kosten möchte ich erst mit meiner Krankenkasse Rücksprache nehmen.

☐ Ich möchte die ambulante Palliativversorgung durch den PKD Bottrop in Anspruch nehmen. Ich übernehme die anfallenden Kosten ungeachtet einer Erstattung meiner Krankenkasse.

**Bei Rückfragen steht in unser Büro gern zur Verfügung.**

Palliativmedizinischer Konsiliardienst Bottrop gGmbH  
Gladbecker Straße 20  
46236 Bottrop  
Fon: 02041 7665100  
Fax: 02041 4065281  
Mail: [info@pkd.ruhr](mailto:info@pkd.ruhr)

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für Privatversicherte Patienten für die  
Palliativmedizinische Versorgung durch den PKD Bottrop**

**Bitte geben Sie beide Adressen leserlich an und kreuzen *X* die bevorzugte Rechnungsanschrift an**

☐

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Adresse des Patienten

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
ggf. Privatversicherungs-Name + Nr.

☐

\_\_\_\_\_  
Name der/des Angehörigen / Betreuer\*in

\_\_\_\_\_  
Adresse der/des Angehörigen / Betreuerin\*in

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer der/des Angehörigen /  
Betreuerin\*in

☐ Zusendung der Rechnung per Mail gewünscht:

\_\_\_\_\_  
Mail Adresse in Druckbuchstaben angeben

☐ Es besteht zusätzlich eine Beihilfe Versicherung

Sie erhalten eine weitere Rechnungskopie

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Bevollmächtigter