

ANFRAGE FÜR KOSTENVORANSCHLAG

Kostenvoranschlag für:

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht Weiblich Männlich

Bemerkung zu Patient _____

Kostenvoranschlag in Deutsch Englisch

Operateur _____

Diagnose _____

Operation _____

ICD-10 (Diagnose-Code) _____ **CHOP** (Behandlungs-/OP-Code) _____

OP-Dauer _____ Aufenthaltsdauer Anzahl Nächte _____

Krankenkassenpflichtiger Eingriff Ja Nein

Krankenkasse/ Unfallsversicherung _____

Deckung Allgemein Halbprivat Privat
 Krankheit Unfall Unfall über KK

Kostenvoranschlag gewünscht für 1er-Zimmer 2er-Zimmer

Für die Operation wird folgendes benötigt:

Implantate / Firma _____

Besonderes _____

Honorar Operateur _____

Allgemeinanästhesie Regionalanästhesie LA mit Ue mit Umlagern

Wird von der Anästhesie ausgefüllt

Anästhesie-Zeit: _____ Honorar Anästhesie: _____

Kostenvoranschlag direkt an Patienten senden (Kopie an Operateur)

Kostenvoranschlag an Operateur

Fax

E-Mail

Datum _____ Unterschrift _____

**Bitte senden Sie das Formular an die Patientenadministration, Privatklinik Bethanien per Mail:
fakturierung@klinikbethanien.ch.**