



Dok. Typ Form	Dok. Referenznummer 12100000-0003	Rev.-Stand Rev 01	Erstellung / Überarbeitung 01.08.2020 Klaus Rieger	Inhaltliche / Fachliche Prüfung 01.08.2020 Klaus Rieger
------------------	--------------------------------------	----------------------	---	--

**FORMULAR: Tarifgruppe PKV / Selbstzahler**

Veröffentlichung / Freigabe  
01.08.2020 Klaus Rieger

Sehr geehrte/r Patient/in,  
bitte vervollständigen Sie Ihre persönlichen Daten:

Name Patient/in	Vorname	Versicherung
Geburtsname falls abweichend	Geburtsdatum	Beruf
Straße (kein Postfach)	PLZ/Ort	Tel.-Nr./Festnetz/Mobil
ggf. gesetzl. Vertreter/Hauptversicherter	Vorname	Geburtsdatum
Straße (falls abweichend von Patientenadresse)	PLZ/Ort	Tel.Nr./Festnetz/Mobil
Arbeitgeber		Sozialhilfe/Arbeitsamt

Um Abrechnungsfehler zu vermeiden, kennzeichnen Sie bitte die Tarifgruppe Ihrer Privaten Krankenversicherung:

GOÄ Normal 1,8/2,3-	Beihilfe 1,8/2,3	Standard-Tarif 1,38/1,8	Privat-studentisch 1,3/1,7	Basistarif 1,0/1,2	PostBeaKK 1,5/1,9-	KVB 1,8/2,2-	Sonstige (z.B. Knappschaft)	IGeL – Selbstzahler/ Behand- lungsvertrag. Private Zusatz- versicherung
Steigerung 2,5/3,5	Steigerung 2,5/3,5	Keine Steigerung	Keine Steigerung	Keine Steigerung	Steigerung nur auf Beihilfe- anteil	Steigerung nur Klasse IV		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ..... %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort / Datum

Unterschrift / ggf. gesetzl. Vertreter