



Informationen der Praxis Dr. Böhi



Rechnungsstellung

Wir rechnen im System **Tiers garant** ab: Sie bekommen von uns nach der Konsultation die Honorar-Abrechnung, welche Sie direkt bei uns bar oder mit Karte bezahlen können. Sie bekommen einen Rückforderungsbeleg, welchen Sie Ihrer Krankenkasse zur Rückzahlung einreichen können. So werden Ihnen die Kosten (abzüglich Franchise, Selbstbehalt und ev. nicht kassenzulässiger Medikamente) rückerstattet.

Das Tiers garant System ist im Krankenversicherungsgesetz standardmässig für den ambulanten Bereich vorgesehen. Aus Sicherheits- und Datenschutzgründen rechnen wir mit Ihnen direkt ab.



Datenschutz

Wir unterliegen dem Berufsgeheimnis, ohne Ihre Einwilligung werden Ihre Daten an keine Drittperson weitergeleitet. Versicherer (Krankenkassen) stellen wir Ihre Daten nur in dem Umfang zur Verfügung wie es zur Prüfung Ihres Leistungsanspruchs erforderlich ist.

Informationen aus Ihrer Krankengeschichte an ärztliche Stellen, Verordnungen und Rezepte an Dienstleistungsstellen werden nur mit Ihrer Einwilligung weitergeleitet.

Wenn Rechnungen unbezahlt bleiben und eine Betreibung oder ein Inkassoverfahren eingeleitet wird, werden wir alle notwendigen Informationen an die Inkasso-Stelle weiterleiten (Name, Kontakt-Informationen, Rechnungskopie).



Termine und Wartezeiten

Wir bemühen uns, die vereinbarten Sprechstundentermine einzuhalten und Wartezeiten so gering wie möglich zu halten. Notfälle und andere Dringlichkeiten können jedoch zu Verzögerungen führen.

Für Sprechstundentermine, welche nicht eingehalten werden, wird eine versäumte Konsultation verrechnet.



Wartezimmer und Kinder

Wir stellen Ihrem Kind eine kleine Spielecke zu Verfügung und bitten Sie, diese wieder ordentlich aufzuräumen. Wir bitten Sie auch, Ihre Kinder nicht unbeaufsichtigt im Wartezimmer zu lassen, bitte bringen Sie eine Drittperson zur Beaufsichtigung mit. Wenn dies nicht möglich ist, lassen Sie Ihr Kind zu Hause. Zur Ermöglichung einer aussagekräftigen Untersuchung sind wir froh, wenn Sie keine Kinder ins Sprechzimmer mitbringen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die aufgeführten Bedingungen zur Kenntnis genommen zu haben.

Name:

Vorname:

Datum:

Unterschrift: