

Kinesiotape

Stade, den

Vorname, Name_____

Privatärztliche Leistung Eine Leistung außerhalb der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich bin damit einverstanden, dass mir die anfallenden Kosten auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie folgt in Rechnung gestellt werden:						
•						

Unterschrift Patient: