



Friedrichstr. 134, 10117 Berlin-Mitte

Tel: 030-9606094-0

Fax: 030-9606094-11

E-Mail: [anmeldung@bcrt.de](mailto:anmeldung@bcrt.de)

## Patientenstammblatt Zecken- und Borreliosesprechstunde

Name, ggf. Titel

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift – Strasse

Anschrift – PLZ und Ort

Telefon (Festnetz)

Mobiltelefon

Krankenversicherung,

ggf. anderer Kostenträger

Beruf

### Für Privatpatienten:

Die am BCRT erbrachten Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum 3,5-fachen Satz abgerechnet. Ich bin mit der entsprechenden Rechnungsstellung einverstanden. Gegebenenfalls anfallende Laborkosten werden gesondert in Rechnung gestellt. Ich bin darüber aufgeklärt, dass vom ärztlichen Honorar mitumfasste Speziallaborleistungen ggf. von extern erbracht worden sind (§ 4, Abs. 5 GOÄ).

Ich willige ein, dass meine Befunde und Ergebnisse auf Wunsch unverschlüsselt per eMail an die oben angegebene Adresse gesendet werden dürfen.

Berlin, den

---

(Unterschrift)