

Einverständniserklärung zum Flex-Modell Ihres Klinikaufenthalts

Herzlich willkommen in der Klinik St. Anna.

Sie sind bei Ihrer Krankenkasse in einem sogenannten Flex-Modell versichert.

Bei diesem Modell haben Sie die Möglichkeit, Leistungen in einer höheren Versicherungsklasse (halbprivat oder privat) in Anspruch zu nehmen.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass dieses Modell eine Kostenbeteiligung zur Folge hat, die Ihnen am Ende Ihres Aufenthaltes von Ihrer Krankenversicherung in Rechnung gestellt wird.

Bitte beachten Sie, dass die Höhe der Kostenbeteiligung je nach Krankenkasse unterschiedlich ist. Sollten Sie Ihre Kostenbeteiligung nicht kennen, bitten wir Sie, diese direkt mit Ihrer Krankenkasse abzuklären, da wir als Drittperson aus Datenschutzgründen keine Auskunft über die Kostenbeteiligung erhalten.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Upgrade nicht nur um ein Zimmerupgrade handelt, sondern um ein Leistungsupgrade. Das bedeutet, dass neben dem Honorar Ihres behandelnden Arztes oder Ihrer behandelnden Ärztin auch die Leistungen der Anästhesie, der Hotellerie und der Pflege entsprechend der von Ihnen gewählten Versicherungsklasse erbracht und abgerechnet werden.

Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte direkt an Ihren Krankenversicherer, um allfällige finanzielle Konsequenzen frühzeitig abzuklären.

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannten Informationen zur Kenntnis genommen habe und mir bewusst bin, dass eine Kostenbeteiligung anfällt, die mir von meiner Krankenkasse in Rechnung gestellt wird.

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewünschte Eintrittsklasse: Halbprivat Privat

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und eine baldige Genesung.

Freundliche Grüsse

Klinik St. Anna