



**Radiologisches Zentrum Burgenlandkreis**  
Dr. med. W.-P. Ringleben, Dr. med. U. Schaumlöffel-Schulze,  
Dr. med. T. Becker, Dr. med. H. Bergert

06618 Naumburg, Kössener Straße 30, Tel. 03445-71490  
06712 Zeitz, Am Herrmannschacht 8, Tel. 03441-639980  
06667 Weißenfels, Selauer Straße 5, Tel. 03443-302151

## **Fragebogen zur Rechnungserstellung privat versicherter Patienten**

Name:	_____
Vorname:	_____
geb.:	_____
Straße/Nr.:	_____
Wohnort/PLZ:	_____
Tel.-Nr.:	_____
E-Mail-Adresse:	_____

**Falls Sondervereinbarungen zur Abrechnung mit Ihrer privaten Krankenversicherung bestehen, sind uns diese vor der Untersuchung vorzulegen.**

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten

## **Bei Untersuchungen von Kindern privat versicherter Patienten:**

Name des Kindes:	_____
Vorname des Kindes:	_____
Geb.:	_____
Straße/Nr.:	_____
Wohnort/PLZ:	_____
Hauptversicherter (HV):	_____
Tel.-Nr. (HV):	_____
E-Mail-Adresse (HV):	_____

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Elternteils