

# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## Selbstkostenerklärung

Bitte ausfüllen

### Patientendaten

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. – Datum: \_\_\_\_\_

### Leistungspflichtiger Angehöriger

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Meine Tochter / Mein Sohn \_\_\_\_\_

befindet sich in kassenärztlicher Behandlung der o.g. Praxis. Sollte der Krankenversicherungsnachweis nicht bis zum Ende des jeweiligen Quartals vorgelegt werden, ist mir bekannt, dass mir die Behandlung persönlich auf Basis der für die Liquidation privatärztlicher Leistungen maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird. Dementsprechend verpflichte ich mich, unabhängig von der Höhe der Rechnungserstattung durch einen Dritten, den Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen, auch wenn Ihr Behandlungstarif eine andere Erstattungshöhe vorsieht. Es wird der facharztspezifische Schwellenwert (2,3-fach) zur Anwendung gebracht.

Köln, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift