

Einverständniserklärung Direktabrechnung

Patient: \_\_\_\_\_

geboren: \_\_\_\_\_

Vers.Nr. bei  
der vigo KV: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Klinik

mit der vigo Krankenversicherung folgende Leistungen direkt abrechnet.

Bitte ankreuzen, sofern gewünscht und entsprechender Versicherungsschutz besteht. Die  
Erklärung gilt ausschließlich für den stationären Aufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ Kosten für die Inanspruchnahme des Einbettzimmers (Familienzimmer nur bis  
zur Höhe des Einbettzimmerzuschlages)

☐ Kosten für die Inanspruchnahme des Zweibettzimmers (Familienzimmer nur bis  
zur Höhe des Zweibettzimmerzuschlages)

**Bitte beachten Sie, dass wir auf der Rechnung die Angabe der Diagnose und  
das Einweisungsdatum benötigen**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Vertreter