



93059 Regensburg
Wieshuberstr. 4

Telefon: 09 41/ 46 50 2 - 0
Telefax: 09 41/ 46 50 2 - 40

info@kinderzentrum-regensburg.de
www.kinderzentrum-regensburg.de

Ärztliche Leitung:
Dr. med. Christina Kutzer
Neuropädiatrie/Epileptologie

Kostenübernahme-Erklärung Privatpatienten / Selbstzahler

1. Es besteht ein Behandlungsvertrag zwischen der Katholischen Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V. als Rechtsträger des Regensburger Kinderzentrums St. Martin und dem Kind

.....
(Name des Kindes, Vorname, geboren am)

gesetzlich vertreten durch

.....
Name, Vorname

2. Ich/Wir verpflichten uns, die Kosten der Behandlung meines/unseres Kindes als unterhaltspflichtige Eltern grundsätzlich neben meinem/unserem Kind selbst zu tragen und die Behandlungskosten in voller Höhe direkt an die Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V. als Rechtsträger des Regensburger Kinderzentrums St. Martin zu leisten, unabhängig von etwaigen Erstattungen durch Dritte.

Ich/Wir übernehmen die Kosten in Höhe der jeweils gemäß § 120 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V mit den Gesetzlichen Krankenkassen und den Ersatzkrankenkassen vereinbarten Quartalspauschale = derzeit **762,22 €** pro Quartal. Mit der jeweiligen Pauschale sind alle ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen im Sozialpädiatrischen Zentrum sowie alle vom Sozialpädiatrischen Zentrum ausserhalb veranlassten ärztlichen Leistungen abgegolten. Heilpädagogische Leistungen sind davon ausgenommen.

Die Rechnungsstellung der Quartalspauschale erfolgt jeweils am Ende eines Kalender- vierteljahres.

3. Ich/Wir sind als gesetzliche Vertreter verpflichtet, die Ansprüche meines/unseres Kindes selbst gegenüber der zuständigen privaten Krankenkasse beziehungsweise Beihilfestelle geltend zu machen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters