



Kostenübernahmeerklärung 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, Vorname des Kindes, Geburtsdatum)

gesetzlich vertreten durch

.....
Name, Vorname des/der Sorgeberechtigte/n

2. Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns, die Kosten der Behandlung meines/unseres Kindes als unterhaltspflichtige Eltern oder Sorgeberechtigte grundsätzlich 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 überweisen, unabhängig von etwaigen Erstattungen durch Dritte.

Ich übernehme / 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 **799,00 €** 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 Kalendervierteljahres.

3. Ich bin / 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 Sorgeberechtigte/r