

**Hinweis für privatversicherte Patientinnen und Patienten**

**私人保险患者告知函**

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

1. Da die Erstattungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen (PKV) unterschiedlich sind, kann unsere Praxis **nicht garantieren**, dass alle Untersuchungen oder Behandlungen **vollständig oder teilweise erstattet** werden.  
Insbesondere **Vorsorge-/Gesundheitschecks (Check-up)** werden häufig **individuell** entschieden – bitte erkundigen Sie sich **vorab** bei Ihrer Versicherung.
2. Die Praxisrechnung umfasst **Teil A (ärztliche Leistungen)** und **Teil B (einen Teil der Laborleistungen, die über die Praxis eingezogen und an das Labor weitergeleitet werden)**.
3. **Laborleistungen** werden vom Partnerlabor **separat abgerechnet**; der **Teil C** wird Ihnen **direkt vom Labor** in Rechnung gestellt.
4. Werden Kosten von der Versicherung nicht übernommen, sind diese vom Patienten **selbst zu tragen**. Bitte lesen Sie die obigen Hinweise sorgfältig und **bestätigen Sie Ihr Einverständnis** mit Ihrer Unterschrift.

- 
1. 由于各私人保险公司的报销政策不同，本诊所**无法保证**所有检查或治疗项目均可**全额或部分**报销。  
特别是体检与健康检查（Check-up）等项目，通常由保险公司**个别决定**，请您在检查前向保险公司确认。
  2. 本诊所账单包含 **A（医生诊疗费用）、B（部分实验室检测费用由诊所代收并转交实验室）**。
  3. 实验室检测费用由合作实验室**单独结算**；其中 **C 部分** 将由实验室**直接寄送账单**给您。
  4. 如保险公司不予报销，费用需由病人**自行承担**。请仔细阅读以上内容，并**签字确认**同意。

---

病人 / Patient(in): \_\_\_\_\_

签名 / Unterschrift: \_\_\_\_\_

日期 / Datum: \_\_\_\_\_