

## Informationen zur Privaten Krankenversicherung

### Patient

### Erziehungsberechtigte

Anrede:  Herr  Frau

Herr  Frau

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

\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PKV:  PKV (Vollversichert)

PKV/Beihilfe

Beihilfestelle:

---

- Ärztliche Leistungen:
- 2,3-Facher Satz
  - 3,5-Facher Satz
  - 5,0-Facher Satz und mehr
  - mir unbekannt

- Psychotherapie:
- 2,3-Facher Satz
  - 3,5-Facher Satz
  - 5,0-Facher Satz und mehr
  - mir unbekannt

Möchte Ihre PKV vor Therapiebeginn eine Genehmigung haben?

- Ja
- Nein
- Hierzu habe ich keine Informationen

## Versicherungsdaten

---

Name der Privaten Krankenversicherung (z.B. DKV, AXA, UniVersa usw.)

---

Versichertennummer

---

Notizen

Unterschrift:  
(Versicherungsnehmer)

---