



## Informationen zur Privaten Krankenversicherung

	Patient	Erziehungsberechtigte/r (über wen versichert?)
Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
PKV:	<input type="checkbox"/> PKV (Vollversichert)	<input type="checkbox"/> 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)

---