

Vivantes, Postfach 26 01 27 13411 Berlin

Patient
Labunskaia, Violetta, 09.05.1991

KNK-GEB

und Auslandssekretariat

Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48
12351 Berlin

Ressort Finanzen und Controlling
Abteilung Patientenverwaltung

Martina Götze
Tel +49 (30) 130-192886
martina.goetze@vivantes.de

Datum: 26.10.2018

Non-binding quotation / Invoice for prepayment
Unverbindlicher Kostenvoranschlag / Vorschussrechnung

Dear Sir or Madam,
Sehr geehrte Damen und Herren,

We thank you kindly for your trust in the medical competence of the Vivantes Healthcare Network and your request. Please find our offer as follows:
Vielen Dank für Ihre Anfrage bezüglich der Behandlungsoption in den Vivantes-Kliniken und Ihr Vertrauen. Gern unterbreiten wir Ihnen folgendes Angebot:

Services / Leistungen	Amount / Anzahl	Single price / Einzelpreis	Costs / Kosten
mit Chefarzt			
DRG O01H Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose (Cost weight / Bewertungsrelation: 0,84)			6.300,00 €
Sonstige			
DRG P60C - Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur	1	1.537,50 €	1.537,50 €
Total / Gesamtsumme			7.837,50 €

Important note / *Wichtiger Hinweis:*

This is not a fixed-price quotation. The treatment costs can differ from the non-binding quotation in particular due to unknown diagnoses, complications, unforeseeable expenditures. The amount of the final invoice will be determined in accordance with the actual course of treatment.

Es handelt sich bei diesem Kostenvoranschlag nicht um ein Festpreisangebot. Die Behandlungskosten können insbesondere aufgrund unbekannter Diagnosen, Komplikationen; unvorhersehbarer Auslagen vom Angebot abweichen. Der endgültige Rechnungsbetrag bestimmt sich nach dem tatsächlichen Behandlungsverlauf.

Prior to admission we kindly request prepayment in the sum of the total amount under the following account, in cash or per credit Card (VISA, MasterCard, American Express).

Wir bitten um Vorauszahlung in Höhe des Gesamtbetrages auf das unten angegeben Konto bzw. Bezahlung in bar oder per Kreditkarte (VISA, MasterCard, American Express) vor Behandlungsbeginn.

Beneficiary / *Empfänger:* Vivantes GmbH

Bank: HELABA

BIC/SWIFT: WELADEDXXX

IBAN: DE28 3005 0000 0002 0000 99

Reference / *Referenz:* Full name and date of birth of patient / *Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten*

Adress / *Adresse:* Landesbank Hessen Thüringen, Kurfürstendamm 21, 10719 Berlin

Yours faithfully,

p.p.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

Martina Götze

I accept this tariff option:

Bestätigung der Tarifwahl:

Signature of patient / authorised representative
Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

Vivantes, Postfach 26 01 27 13411 Berlin

Patient
Labunskaia, Violetta, 09.05.1991

KNK-GEB

und Auslandssekretariat

Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48
12351 Berlin

Ressort Finanzen und Controlling
Abteilung Patientenverwaltung

Marianna Petliuk
Tel +49 (30) 130-12 1098
Marianna.Petliuk@vivantes.de

Datum: 29.10.2018

Non-binding quotation / Invoice for prepayment
Unverbindlicher Kostenvoranschlag / Vorschussrechnung

Dear Sir or Madam,
Sehr geehrte Damen und Herren,

We thank you kindly for your trust in the medical competence of the Vivantes Healthcare Network and your request. Please find our offer as follows:

Vielen Dank für Ihre Anfrage bezüglich der Behandlungsoption in den Vivantes-Kliniken und Ihr Vertrauen. Gern unterbreiten wir Ihnen folgendes Angebot:

Services / Leistungen	Amount / Anzahl	Single price / Einzelpreis	Costs / Kosten
Gynäkologie Basic (alt): Beratung, Anamnese, Untersuchung, Speziallabor, & Hormonstatus, Ultraschall, vaginaler Abstrich zur Krebsvorsorge, Bericht	1	834,00 €	834,00 €
Total / Gesamtsumme			834,00 €

Important note / *Wichtiger Hinweis:*

This is not a fixed-price quotation. The treatment costs can differ from the non-binding quotation in particular due to unknown diagnoses, complications, unforeseeable expenditures. The amount of the final invoice will be determined in accordance with the actual course of treatment.

Es handelt sich bei diesem Kostenvoranschlag nicht um ein Festpreisangebot. Die Behandlungskosten können insbesondere aufgrund unbekannter Diagnosen, Komplikationen; unvorhersehbarer Auslagen vom Angebot abweichen. Der endgültige Rechnungsbetrag bestimmt sich nach dem tatsächlichen Behandlungsverlauf.

Prior to admission we kindly request prepayment in the sum of the total amount under the following account, in cash or per credit Card (VISA, MasterCard, American Express).

Wir bitten um Vorauszahlung in Höhe des Gesamtbetrages auf das unten angegeben Konto bzw. Bezahlung in bar oder per Kreditkarte (VISA, MasterCard, American Express) vor Behandlungsbeginn.

Beneficiary / *Empfänger:* Vivantes GmbH

Bank: HELABA

BIC/SWIFT: WELADEDXXX

IBAN: DE28 3005 0000 0002 0000 99

Reference / *Referenz:* Full name and date of birth of patient / *Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten*

Adress / *Adresse:* Landesbank Hessen Thüringen, Kurfürstendamm 21, 10719 Berlin

Yours faithfully,

p.p.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

Marianna Petliuk

I accept this tariff option:

Bestätigung der Tarifwahl:

Signature of patient / authorised representative
Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten