UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT
GOETHE-UNIVERSITÄT

Patient/in: Pyshnaia, Elizaveta *31.07.2019
*31.07.2019

Kostenvoranschlag

Abteilung 1.1
Patientenmanagement und Abrechnung
International Office
Foreign Patient Administration

Bearbeiter: Lilia Wlasow
Telefon: +4969 63 01-83574
Telefax: +4969 63 01-87141
E-Mail: lilia.wlasow@kgu.de
Zeichen:

Datum: 15.11.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhalten Sie eine Übersicht über die zu erwartenden Kosten für Ihre Behandlung in dem Klinikum Johann Wolfgang Goethe - Universität Frankfurt am Main. **Bitte beachten Sie, dass es sich lediglich um eine vorläufige Berechnung handelt**, die auf den vorliegenden Befunddaten beruht. Eine endgültige Berechnung der Behandlungskosten ist erst mit Abschluss Ihrer Behandlung möglich; höhere Kosten können sich z.B. bei unvorhergesehenen Komplikationen oder bei der Behandlung im Bereich der Zusatzentgelte (z.B. spezifische Medikamente, Blut/Blutbestandteile) ergeben. Über die endgültigen Kosten Ihrer Behandlung werden Sie dann 4 Wochen nach Behandlungsende eine Endabrechnung von uns erhalten.

Voraussichtliche Behandlungskosten:

• Prof. Dr. Kohnen	800,00 €
• Prof. Dr. Zacharowski (Anästhesie)	400,00 €
• Allgemeine Krankenhausleistungen (DRG)	4.600,00 €
• Gesamtsumme	**5.800,00 €**

Diese Gesamtsumme ist **im Voraus** auf das nachstehend genannte Konto zu überweisen; nach Eingang Ihrer Überweisung erfolgt die Terminvergabe zur stationären Aufnahme.

Begünstigter	**Klinikum der JWG Universität**
Bank:	**Commerzbank AG Frankfurt am Main**
BLZ:	**500 400 00**
Konto-Nummer:	**580145100**
Swift/BIC:	**COBADEFFXXX**
IBAN:	**DE82 5004 0000 0580 1451 00**
Betreff:	**International Office; Name, Vorname des Patienten**

Nach Beendigung der Behandlung erstellt das International Office eine Endabrechnung im Namen des Universitätsklinikums und der abrechnenden Ärzte. **Überschreitet der Rechnungsbetrag die Summe der geleisteten Vorauszahlung**, ist der Patient verpflichtet, **den Restbetrag** auf oben genanntes Konto zu **überweisen**. Bei **Unterschreitung der Vorauszahlung** wird dem Patienten der **Restbetrag zurückerstattet.**
Bei Absage eines bestätigten Termins innerhalb von 48 Stunden vor der geplanten Aufnahme, berechnen wir eine Ausfallgebühr in Höhe von 200,- EUR, die von der geleisteten Vorauszahlung einbehalten wird.

Mit freundlichen Grüßen

Lilia Wlasow
International Office

L. Wlasow

Universitätsklinikum Frankfurt
Kaufmännische Direktion
Dezernat 1
Finanzen und Patientenwesen
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

Abteilung 1.1
Patientenmanagement und Abrechnung
Abteilungsleitung
Nadine Lawrenz
Tel.: 069/6301-83150
Fax: 069/6301-81539

Abteilung 1.2
Medizincontrolling
Abteilungsleitung
Dr. B.-C. Weiser
Tel.: 069/6301-4204
Fax: 069/6301-81540

Abteilung 1.3
Kaufmännisches Klinikmanagement
Abteilungsleitung
Desiree Schwegler
Tel.: 069/6301-80276
Fax: 069/6301-7010

Abteilung 1.4
Finanzbuchhaltung
Abteilungsleitung
Steffen Schmidt
Tel: 069/6301-5007
Fax: 069/6301-81578

Abteilung 1.5
Betriebswirtschaftliches Controlling
Abteilungsleitung
Vedran Kvesic
Tel: 069/6301-7762
Fax: 069/6301-81231

dobryaki.ru

Frankfurt, den 14.11.2019

Augenheilkkunde Sachbearbeiter Frau Ludwig

Patient: Pyshnaia, Elizaveta *31.07.2019

Kostenvoranschlag

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhalten Sie eine Übersicht über die zu erwartenden Kosten für Ihre Behandlung in dem Klinikum Johann Wolfgang Goethe - Universität Frankfurt am Main. **Bitte beachten Sie, dass es sich lediglich um eine vorläufige Berechnung handelt**, die auf den vorliegenden Befunddaten beruht. Eine endgültige Berechnung der Behandlungskosten ist erst mit Abschluss Ihrer Behandlung möglich; höhere Kosten können sich z.B. bei unvorhergesehenen Komplikationen oder bei der Behandlung im Bereich der Zusatzentgelte (z.B. spezifische Medikamente, Blut/Blutbestandteile) ergeben. Über die endgültigen Kosten Ihrer Behandlung werden Sie dann nach Behandlungsende eine Endabrechnung von uns erhalten.

Voraussichtliche Behandlungskosten:

• ambulante Behandlung beim Prof. Kohnen	500,00 €
• Sonstiges	
• Gesamtsumme	**500,00 €**

Diese Gesamtsumme ist **im Voraus** auf das nachstehend genannte Konto zu überweisen; nach Eingang Ihrer Überweisung erfolgt die Terminvergabe zur Aufnahme.

Begünstigter	**Klinikum der JWG Universität**
Bank:	**Commerzbank AG Frankfurt**
BLZ:	**500 400 00**
Konto-Nr.:	**580145100**
Swift/BIC:	**COBADEFFXXX**
IBAN:	**DE82 5004 0000 0580 1451 00**
Betreff:	**Sachkonto 360135, Prof. Kohnen; Name des Patienten**

Mit freundlichen Grüßen

Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Augenheilkunde
Abteilung für Kinderaugenheilkunde
und Schielbehandlung
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt
Tel. 069 - 6301-5721 - Fax: 069 - 6301-7795