

Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Neufelder Str. 34  
51058 Köln  
Zentrale Patientenverwaltung  
(II/2.4)  
Auskunft erteilt:  
Frau Schlimm  
Tel.: (0221) 8907 – 12305  
Fax: (0221) 8907 – 2152  
schlimm@kliniken-koeln.de

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Mein Zeichen:

Datum

II/2

17.02.2011

### Kostenvoranschlag

Patient/in: **Garasim, Diana**

Geburtsdatum: **24.04.08**

Voraussichtlicher  
Krankenhausaufenthalt: ca. 28Tage

Diagnose	Leistung	Tagesentgelt	Tage	Gesamt
Ösophagus- atresie	Magenhoch- zug	1000,00 EUR	28	<b>28000,00</b> EUR

Dies ist eine **vorläufige** Kostenaufstellung, die endgültige Rechnung erhalten Sie nach Entlassung.

Für die Berechnung **wahlärztlicher Leistungen** erhalten Sie eine **separate Rechnung** nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) in der jeweils gültigen Fassung.

Bitte überweisen Sie die o.a. vollstationären Behandlungskosten (Kostenvoranschlag) im Voraus unter Angabe des voraussichtlichen Aufnahmetages sowie des Patientennamen auf das folgende Konto:

#### Sparkasse Köln/Bonn

Kto.: **1901 79 45 27**

BLZ: **370 501 98**

IBAN Code: **DE 60 370 501 98 1901 79 45 27**

Swift-BIC: **COLSDE33**



Kliniken der Stadt Köln gGmbH  
Kinderkrankenhaus  
- Kinderchirurgische Klinik -  
Amsterdamer Straße 59  
50735 Köln