

Behandlungsvertrag

Vorname/Name

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

ggf. Hauptversicherer: Name und Anschrift

Telefon/Handy

Krankenkasse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit Ihrer Unterschrift gelten nachfolgende
Bedingungen zur ärztlichen Behandlung als
vereinbart:

1. Sie bestätigen, dass Sie eine Behandlung durch Frau Dr. Jahr oder Herrn Dr. Zeides wünschen.
2. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung und den Empfehlungen der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz (unter Berücksichtigung des Höchstsatzes bei der Post B von 1,9 fach und bei der KVB I-III von 2,2 fach), unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz. Nach §4 GOÄ wird bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor) von diesen eine gesonderte Rechnung erstellt.
3. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler, das entsprechend den o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.
4. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt.
5. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung bereits erbracht wurde.
6. Die Behandler werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Abrechnungsunternehmen entbunden. Weiterhin erklären Sie sich mit der Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen, auch medizinischen Daten, an das zuständige Abrechnungsunternehmen einverstanden.

Datum/Unterschrift