

BEHANDLUNGSVERTRAG

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben und heißen Sie herzlich willkommen!

PERSÖNLICHE DATEN:

| | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Name: | <input type="text"/> | Geschlecht: |
| Vorname: | <input type="text"/> | <input type="radio"/> männlich |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | <input type="radio"/> weiblich |
| Adresse: | <input type="text"/> | <input type="radio"/> divers |
| Telefon: | <input type="text"/> | |
| E-Mail: | <input type="text"/> | |
| Krankenkasse: | <input type="text"/> | |

ERKLÄRUNG DES PATIENTEN/DER PATIENTIN:

Die Ärztinnen der Hausarztpraxis Friesdorf übernehmen ab meine privatärztliche

Behandlung. Sie erbringen die privatärztliche Behandlung persönlich oder durch einen von ihnen beauftragten Vertreter. Die Honorarabrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Ich verpflichte mich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrags selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet bin, unabhängig von den Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträger.

Es besteht nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und mir als Vertragspartner, nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen).

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf weitere Ärzte und Institutionen (Ärzte anderer Disziplinen, Untersuchungsstellen und Laboratorien), soweit diese an der Behandlung mitwirken müssen und liquidationsberechtigt sind. Auch hier verpflichte ich mich, die dadurch verursachten Kosten und Honorare unmittelbar zu übernehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift