

Behandlungsvertrag

zwischen der



und der Patientin/dem Patienten:.....

geboren:

Versicherter:

geboren:

Anschrift:.....

Krankenkasse:

Tarif (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Selbstzahler
- Private Vollversicherung
- Beihilfeberechtigung bei:

Ich wünsche die Untersuchung/Behandlung durch o. g. Ärzte oder deren Vertreter als Privatpatient. Es wird vereinbart, dass sämtliche Leistungen gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden und insofern eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen nicht gegeben ist.

Bei der Abrechnung findet der sog. "Schwellenwert" Anwendung, außer es wurde in einer sog. Honorarvereinbarung gesonderte Vereinbarungen getroffen.

Der Schwellenwert liegt für rein ärztliche Leistungen beim 2,3fachen, für technische Leistungen beim 1,8fachen und für Laborleistungen beim 1,15fachen des jeweiligen Einzelsatzes.

Für besonders zeitaufwendige oder schwierige Leistungen kann sich der Faktor - mit entsprechender Begründung - für ärztliche Leistungen auf das 3,5fache, für technische Leistungen auf das 2,5fache und für Laborleistungen auf das 1,3fache erhöhen.

Etwas abweichende Versicherungsbedingungen können nicht berücksichtigt werden, da es sich um eine reine Privatpraxis handelt.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass alle erbrachten Leistungen auf Grundlage der GOÄ in Rechnung gestellt werden und - soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist - der Rechnungsbetrag von mir selbst zu begleichen ist. Außerdem verpflichte ich mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern meine Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet.

Gleichzeitig wird mit der Unterschrift bestätigt, dass ich die Gelegenheit hatte, zu Beginn der Behandlung die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einzusehen, um mich über die Entgelte ausreichend zu informieren.

Der Zahlungspflichtige hat einen Abdruck dieser Vereinbarung erhalten.

.....
Balzheim, Datum

.....
Unterschrift des Patienten / Rechnungsempfängers

.....
Unterschrift Praxis