

Behandlungsvertrag für Privatpatienten

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Bei Minderjährigen:

Ich erkläre mit meiner zweiten Unterschrift, dass das Einverständnis des anderen
sorgeberechtigten Elternteils sowohl für die Behandlung als auch für o.g.
Abrechnung vorliegt.

Geboren am: _____ Geboren in: _____

Krankenversicherung/Kostenträger: _____

Überweisender Arzt: _____

Telefon Festnetz -Mobil/
Email _____

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger: _____

Ort/Datum/Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Hiermit bestätige ich, dass ich mit folgenden Bedingungen für die Behandlung
einverstanden bin:

- Es erfolgt ausschließlich eine private Abrechnung der erbrachten Leistungen auf Grundlage der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), sowie dem Hufelandverzeichnis. Erbrachte Leistungen können über Analogziffern abgerechnet werden, die möglicherweise erst nach einer Kostenübernahmeerklärung seitens der Krankenkasse übernommen werden.
- Da eine Abrechnung über einen Zeitfaktor nicht möglich ist, wird bei entsprechendem Zeitaufwand mit einem höheren Steigerungssatz bis 3,5-fach abgerechnet. Der allgemein übliche Steigerungssatz liegt bei 2,3.
- Die vollständige Bezahlung der Rechnung erfolgt unabhängig von der Erstattung durch die Krankenkasse oder der Beihilfestelle.

- Die Abrechnung kann über eine ärztliche Abrechnungsstelle erfolgen. Hierfür dürfen Daten wie Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen an die Abrechnungsstelle weitergeleitet werden. Ich entbinde Herrn Dr. Berges dafür von der Schweigepflicht.
- Sollte während der laufenden Behandlung eine Veränderung der Versicherung erfolgen (Änderung des Zahlungspflichtigen, Wechsel zu einer gesetzlichen Kasse u. Ä.), ist unsere Praxis darüber unverzüglich schriftlich zu informieren. Die bis zu dem Zeitpunkt der Bekanntgabe der etwaigen Veränderung bereits erfolgten ärztlichen Leistungen werden, wie in diesem Behandlungsvertrag vereinbart, privat abgerechnet.

Ort

Datum

Unterschrift