

Behandlungsvertrag

.....
Vorname, Name

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Ggf. Hauptversicherter, Name und Anschrift

.....
Mobile Telefonnummer

.....
Name der Krankenversicherung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift gelten nachfolgende Bedingungen zur ärztlichen Untersuchung und Behandlung als vereinbart:

1. Sie bestätigen, dass Sie eine Behandlung durch die Ärzte des Hautzentrums am Kurpark per Videosprechstunde wünschen.
2. Die privatärztliche Rechnungsstellung erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung in der Regel mit dem 2,3-fachen, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz.
3. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler das entsprechend o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.
4. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen in aller Regel in vollem Umfang erfolgt aber möglicherweise nicht immer in vollem Umfang erfolgt (z.B. Post B, KVB I-III, Standard- oder Basistarif, Studententarif).
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 medizinische Daten an das zuständige Abrechnungsunternehmen einverstanden.

.....
Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie uns diesen Behandlungsvertrag rechtzeitig per E-Mail, Fax oder Post zu!