

## Behandlungsvertrag

Name u. Vorname (Patient):

Geb. - Datum:

Name u. Vorname (Versicherter):

Geb.- Datum:

Straße:

PLZ + Ort:

Telefon privat:

Telefon dienstl:

Tel.- mobil:

Fax:

e-mail:

Bitte nenne Sie uns Ihre Angaben vollständig, damit wir Sie im Notfall (Terminänderungen, Krankheit, Urlaub etc.) immer problemlos erreichen können! Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben!

Name der privaten Versicherung:

Beihilfe: ja / nein

Name der gesetzlichen Krankenkasse:

Private Zusatzversicherung?

Es handelt sich in jedem Fall um eine privatärztliche Leistung, die keine Vertragsleistung der Kasse ist.

Hiermit beantrage ich für meine/n oben genannten Angehörige/n die Untersuchung/Behandlung durch Frau C. Langguth bis auf Widerruf. Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) gemäß §1 bis §12 bin ich einverstanden.

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze §5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Nach §12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig. Wir gewähren Ihnen eine Zahlungsfrist von 14 Tagen. Wir weisen nochmals darauf hin, dass unsere Forderungen unabhängig von den Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe etc. sind.

Für vereinbarte Behandlungstermine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, werden 50 Euro in Rechnung gestellt.

Datum:

Unterschrift: