

Privatärztlicher Behandlungsvertrag

Persönliche Erklärung des
Patienten/der Patientin:

Ich, _____
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

schließe aufgrund der Behandlung/Untersuchung vom _____

mit Herrn/Frau Dr. med. _____

diese Vereinbarung über eine privatärztliche/belegärztliche Behandlung.

Die ärztlichen Leistung(en), werden mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet.

Unabhängig von der Erstattung der privatärztlichen Leistungen durch meine private Krankenversicherung/Beihilfestelle, bin ich verpflichtet, die Kosten für die ärztliche Behandlung selbst zu tragen.

Ich habe Einblick in die GOÄ genommen, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können.

Ort/Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Patient(in)

Praxisstempel

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Patient(in)