

Behandlungsvertrag über privatärztliche Behandlung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		

Ich wünsche eine Behandlung aus privatärztlicher Basis durch die behandelnden Ärzte der Praxis Berliner Allee.

Ich bin privat versichert u./o. beihilfeberechtigt bzw. zusatzversichert.

Der Wunsch zur privatärztlichen Behandlung ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen.

Ich erkläre mich mit Folgendem einverstanden:

- Die von mir gewünschte Behandlung kann bei meiner privaten Krankenkasse bzw. Beihilfestelle zur Erstattung eingereicht werden. Allerdings besteht seitens des Leistungserbringers je nach erbrachter Leistung des Arztes sowie dem geschlossenen Versicherungsvertrag keine Verpflichtung zur vollständigen oder teilweisen Kostenerstattung (Versicherungsvertrag)
- Mein behandelnder Arzt wird die Leistung privatärztlich nach der GOÄ mit den Steigerungssätzen 1,8 bis zum 2,3-fachen Satz liquidieren.
Achtung: Sie können aber je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt. Dies ist unabhängig von der Erstattung der Leistungsträger in vollem Umfang von mir zu bezahlen (Behandlungsvertrag).

Datum:	Unterschrift Patient:	Unterschrift Arzt:
--------	-----------------------	--------------------