

Behandlungsvertrag

Zwischen

Katrin Lang, Dr. med. Angela Götz, Wichertstr. 17, 10439 Berlin

und der Patientin

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Ich wünsche für mich die privatärztliche Untersuchung und Behandlung durch
Frau Katrin Lang / Dr. med. Angela Götz ab jetzt bis auf Widerruf.

Mit der Abrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) gemäß § 1-12 bin ich einverstanden. Ich verpflichte mich, dass nach GOÄ (unter Berücksichtigung der Höchstsätze gem. § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Mir ist bekannt, dass das von dem behandelnden Arzt berechnete Honorar an eine privatärztliche Abrechnungsstelle weitergeleitet wird. Die Möglichkeit der Einsichtnahme in die GOÄ besteht. Mir ist bekannt, dass Vertragsausschlüsse vor Behandlungsbeginn schriftlich auf diesem Formular bekannt gegeben werden müssen (insbesondere Standard-/Basistarifverträge). Spätere Ausschlüsse können nicht berücksichtigt werden.

Ausschlüsse/Tarife: _____

Ort / Datum

Unterschrift Patientin bzw. gesetzl. Vertreter(in)

Gesetzliche(r) Vertreter(in):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse:
(falls abweichend) _____