

## Behandlungsvertrag

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Herr/ Frau \_\_\_\_\_,

wir erstellen Ihre Abrechnung nach der jeweils aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Naturgemäß haben wir leider keinen Einfluss darauf, ob ihr Kostenträger die Notwendigkeit Ihrer Behandlung bestreitet oder die Kosten übernimmt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie deshalb folgendes:

1. Ich wünsche privatärztliche Behandlung durch die Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Querum für mich oder mein o. g. minderjähriges Kind.
2. Mir ist bekannt, dass meine Versicherung bzw. meine Beihilfestelle unter Umständen nicht die volle Rechnungssumme erstattet, auch wenn die Rechnung korrekt nach GOÄ erstellt worden ist.
3. Ich verpflichte mich, den nach GOÄ in Rechnung gestellten Betrag vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Höhe der Erstattung durch meine Versicherung bzw. Beihilfestelle. Die Verpflichtung des Arztes, medizinisch notwendige Leistungen nach Vorschriften der GOÄ abzurechnen bleibt unberührt.

Die Möglichkeit der Einsicht in die GOÄ Paragraphen 1 bis 12 bestand.

Leistungen, die durch Dritte (z.B. externes Labor) erbracht worden, werden durch diese unmittelbar abgerechnet.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_