

Behandlungsvertrag



zwischen

Dr. med. Stefanie Redwitz

und

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon*	
E-Mail*	
Beruf*	
Krankenkasse*	

*Angaben optional

– im folgenden Patient genannt

Der Patient bzw. die Patientin erteilt der oben genannten Praxis den Auftrag zur Beratung, Untersuchung und Behandlung und stimmt zu, dass die Abrechnung der erbrachten Leistungen gemäß der jeweils aktuellen Version der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Weiterhin verpflichtet sich der Patient/die Patientin, die nach der GOÄ berechneten Kosten selbst zu tragen, auch wenn diese von Versicherungen oder Beihilfestellen nicht oder nur teilweise übernommen werden.

Kosten für Leistungen, die von Drittanbietern wie Laboren oder der Pathologie erbracht werden, werden direkt von diesen in Rechnung gestellt und sind vom Patienten bzw. von der Patientin nach Erhalt der Rechnung zu begleichen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient_in /
gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Ärztin/Arzt