Behandlungsvertrag Praxis Dr. Brigitte Bodmeier

Name, Vorname Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name, Vorname d.
Zahlungspflichtigen: _____

Adresse
(falls abweichend): _____

Tel. Nr.: _____

E-Mail: _____

Private Krankenkasse: _____

Selbstzahler

(z.B. gesetzlich versichert)

Die Behandlung und Berechnung erfolgen nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Mit der Liquidation nach GOÄ bin ich einverstanden. Bitte beachten Sie, dass die GOÄ-Ziffern 30 und 31 (anthroposophische Erst- und Folgeanamnese) von manchen privaten Krankenkassen nicht übernommen werden. Bei Leistungen durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) wird Ihnen von diesen eine gesonderte Rechnung zugestellt.

Bei unentschuldigtem Fehlen oder nicht rechtzeitiger Absage (am Vortag des Termins) kann es von Seiten der Praxis zur Forderung einer Terminausfallgebühr (Ziffer 56 GOÄ) kommen. Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann die volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

Hiermit verpflichte ich mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Krankenkassen/ Beihilfestellen dies nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ (an der Anmeldung erhältlich) bestand. Hiermit bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars des Behandlungsvertrages.

Berlin, den _____

_____
Unterschrift
Patient/ Zahlungspflichtiger