

Behandlungsvertrag

Zwischen Dr. med. Gabriele Wolff, Berrenrather Str. 203, 50937 Köln (nachfolgend **Ärztin**) und

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Email	
Telefon	
Versicherungsträger	

(nachfolgend PatientIn) wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Die Privatliquidation erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOA) und etwaiger Analogziffern.
2. Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung aufgeführt.
3. Mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung der/des PatientInnen ist es der Ärztin gestattet, Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen zu lassen.
4. Die Vergütung wird 30 Tage nach Rechnungsstellung fällig.
5. Der/die PatientIn verpflichtet sich als SelbstzahlerIn, das fällige Honorar unabhängig davon zu begleichen, ob eine (Teil-)Erstattung der entstandenen Kosten durch Erstattungsstellen erfolgt.
6. Versäumt der/die PatientIn einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet sie/er der Ärztin ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Ausgenommen davon sind rechtzeitige Terminabsagen (mindestens 24 Stunden vor vereinbartem Termin, textlich oder telefonisch) und nicht schuldhaftes Nichterscheinen der/des PatientIn. Der Nachweis darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon ebenso unberührt, wie der Nachweis eines höheren Schadens durch die Ärztin.
7. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft gekündigt werden.
8. Sofern der /die PatientIn nicht im Normaltarif einer Privaten Krankenversicherung versichert ist und auf Antrag einen Sondertarif (Basistarif oder Standardtarif) bewilligt bekommen hat, so hat er diesen Tarif durch Vorlage des Schreibens der Privaten Krankenkasse nachzuweisen.

Ich bestätige, den Inhalt dieses Behandlungsvertrags zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich, eine Privatbehandlung zu wünschen.

Ort, Datum, Unterschrift PatientIn

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin

