|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Privat |  KVB I-III | KVBIV | PostB | BG |  Standard- Tarif |  Basis-Tarif | Student |
|  |
| Name des Zahlungspflichtigen Vorname |
| Ehegatte, Sohn, Tochter geb. am |
| Straße |
| PLZ Wohnort |



- Stempel des Verantwortlichen - (Praxis/Klinik)

Praxis
Dr. med. E. Hasch
Carl-Benz-Str. 6
67590 Monsheim
Tel.: 0 62 43 – 2 73 00 50

**Vereinbarung über privatärztliche Behandlung und ein Ausfallhonorar für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine**

Der Zahlungspflichtige wünscht die Inanspruchnahme der privatärztlichen Untersuchung/Behandlung.

Herr Dr. med. E. Hasch

und

Herr / Frau

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

treffen für die Behandlung des Patienten / der Patientin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* als Zahlungspflichtiger in eigenem Namen
* als Vertreter des zahlungspflichtigen Patienten

diese Vereinbarung über eine privatärztliche Behandlung.

Die Leistungen des Arztes werden nach den Bestimmungen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Der Zahlungspflichtige hatte die Möglichkeit Einblick in die GOÄ zu nehmen, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können. Der Zahlungspflichtige wurde darauf hingewiesen, dass die Erstattung der berechneten ärztlichen Leistungen, durch eine private Krankenversicherung oder Beihilfestelle, nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist und er die gegebenenfalls nicht erstattungsfähigen Leistungen (Differenzbeträge) selbst tragen muss.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Der Zahlungspflichtige wurde darauf hingewiesen, dass vereinbarte Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen sind. Reservierte, aber nicht 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden mit 50 Euro in Rechnung gestellt. Es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Der Zahlungspflichtige ist darüber informiert, dass die Ausfallgebühr keine Leistung der privaten Krankenversicherung ist und er für diese Gebühr selbst aufkommen muss.

Von dieser Vereinbarung hat der Zahlungspflichtige auf eigenen Wunsch ein Exemplar erhalten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift Arzt Unterschrift Zahlungspflichtiger/Vertreter