

Behandlungsvertrag

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname der/des Rechnungsempfängers/ Eltern des Kindes
Pflichtangaben nur bei gesetzlicher Vertretung

Nachname der zu behandelnden Person

Vorname

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ/Ort

Krankenversicherung/Beihilfe

tagsüber telefonisch erreichbar unter

Beruf/ Arbeitgeber

Mail-Adresse (Verwendung nur für persönliche Benachrichtigungen-keine Werbung)

Hiermit beantrage ich für mich bzw. für _____ die Untersuchung / Behandlung und Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) durch *Frau Dr. med. Tanja Christina Gieschen*.

Mit der Liquidation nach GOÄ gemäß §1 bis §12 bin ich einverstanden (ausgenommen §2 GOÄ). Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und / oder Beihilfestellen die Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Mir ist bekannt, dass das berechnete Honorar persönlich an Frau Dr. Gieschen bzw. an die unten genannte Abrechnungsstelle zu zahlen ist. Geminderte Tarifverträge wie Basistarif bzw. Standardtarif werden nicht berücksichtigt.

Terminabsage

Bitte beachten Sie, dass ich eine Bestellpraxis betreibe und Termine von mind. 30 Minuten für Sie reserviert sind, die ggf. nicht kurzfristig neu belegt werden können. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin via Telefon oder Mail ab (Sonn- und Feiertage verlängern diese Frist entsprechend). Ansonsten fällt eine Ausfallgebühr in Höhe des Verdienstaufschlags, mindestens aber von 50 € an.

Hiermit erteile ich ausdrücklich bis auf Widerruf mein Einverständnis zur Datenweitergabe an mich unverschlüsselt elektronisch.

Berlin, Datum

Unterschrift des Patienten / Zahlungspflichtigen

Berlin, Datum

Unterschrift der Ärztin