

Behandlungsvertrag

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname der zu behandelnden Person

Vorname

Nachname des Rechnungsempfängers / Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen
Pflichtangaben nur bei gesetzlicher Vertretung

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ und Ort

Krankenversicherung / Beihilfe

Telefonisch erreichbar unter

Beruf/Arbeitgeber

Mail-Adresse (wird nicht für Werbung, nur für persönliche Benachrichtigungen verwendet)

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 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 mindestens 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 Mail (praxis@dr-tanja-gieschen.de) ab. Ansonsten fällt eine Ausfallgebühr in Höhe des Verdienstauffalls, mindestens aber von € 50 an.



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

Berlin, Datum

Unterschrift der/der PatientIn/Zahlungspflichtigen

Berlin, Datum

Unterschrift Dr. med. Tanja Gieschen