

Selbstzahlervertrag

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tele-Nr. (tagsüber) _____ mobil: _____

privat: _____

Rechnungsempfänger: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit beantrage ich die Untersuchung/Behandlung durch Frau Dr. med. Knop, Frau Dr. med. Vadaleau, Dr. med. Heinrichs bzw. durch angestellte Ärzte.

Ich bin mit der Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß dem Paragraphen 1 – 12 einverstanden. Ich willige ausdrücklich in die Behandlung als Selbstzahler ein, um die Vorteile der Privatsprechstunde für mich zu nutzen. Mir ist bewusst und ich wurde darüber informiert, dass ich als Versicherter der gesetzlichen Krankenkassen auch die Kassensprechstunde besuchen kann. Ein Erstattungsanspruch durch die gesetzliche Krankenkasse scheidet bei Inanspruchnahme als Selbstzahler aus.

Es handelt sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung, sondern um eine elektive Behandlung.

Über umfassendere Behandlungen werde ich vorab informiert und auf Wunsch wird mir ein Kostenvoranschlag erstellt. Auch bin ich damit einverstanden, dass mir bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) eine gesonderte Rechnung durch diese Stelle zugeht (§ 4 Abs. 5 GOÄ).

Ich verpflichte mich, das nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen.

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

Hamburg, den _____ Unterschrift: _____

Kopie erhalten: _____ gesetzlicher Vertreter: _____