

Behandlungsvertrag für privatärztliche Behandlung in der Praxis Palstek

Name, Vorname der Patientin/des Patienten: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____ PLZ/Ort: _____

Hiermit erkläre ich/wir, dass ich/wir bei Praxis Palstek, Peter Tülp, eine privatärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wünsche/n.

1. Ich bin / Wir sind privat krankenversichert ohne/mit Beihilfeberechtigung und akzeptiere/n die volle Honorarhöhe mit dem Schwellenwert 2,3 bzw. 1,8 sowie bei Begründung die Steigerung mit dem Faktor 3,5 bzw. 2,5.
Ich bin / Wir sind bereit, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet.
2. Ich bin / Wir sind privat krankenversichert, habe/n jedoch einen besonderen Tarif (Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife).

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Basistarif, Standardtarif und in einigen gesonderten Vereinbarungen nicht alle Leistungen unserer Praxis erstattet werden.

In unserer Praxis behandeln wir Patienten in einem multiprofessionellen Team. Neben dem Arzt behandeln auch andere Therapeuten (Heiltherapeuten, Sozialpädagogen und Psychotherapeuten) unter Miteinbeziehung des Kinder- und Jugendpsychiaters die Patienten. Die Abrechnung erfolgt bei allen Therapeuten mit den Arztcodizes der Gebührenordnung für Ärzte.

Die Abrechnung erfolgt über die Private Verrechnungsstelle Niedersachsen (PVS).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Bei eventuellen Fragen sprechen Sie uns bitte gerne an.

Ort, den

Unterschrift