

Behandlungsvereinbarung

Patient:

Frau / Herr:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Fax / eMail:

Krankenversicherung:

Normaltarif ☐

Beihilfe ☐

Basistarif ☐

Zwischen oben genanntem Patienten und der Ärztin Fr. Dr. Anika Petrausch wird bis auf Widerruf ein Behandlungsvertrag für ärztliche Behandlungen geschlossen.

Für das Honorar gilt die amtliche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) als vereinbart.

Für Leistungen außerhalb der GOÄ, gilt die in den Praxisräumen einsehbare Honorarliste.

Der/die Patient/in teilt ausdrücklich mit, unabhängig von Tarif oder Kostenerstattung einer Krankenversicherung, Beihilfe oder anderer Kostenträger, für die Behandlungskosten in voller Höhe persönlich zu haften und entbindet, soweit dies die Abrechnung oder Geltendmachung der Behandlungskosten erforderlich ist, die behandelnde Ärztin von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bittet die Krankenversicherung, Beihilfe oder andere Kostenträger auf Anfrage von Fr. Dr. Anika Petrausch alle von ihr erbetenen Auskünfte zu erteilen.

Ich wünsche ausdrücklich die ärztliche Behandlung als Privatpatient auf Rechnung.

Eine Adressänderung werde ich Fr. Dr. Petrausch sofort mitteilen.

Michendorf, den Datum Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter

Behandlungsvereinbarung

Patient:

Frau / Herr:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Fax / eMail:

Krankenversicherung:

Normaltarif ☐

Beihilfe ☐

Basistarif ☐

Zwischen oben genanntem Patienten und der Ärztin Fr. Dr. Anika Petrausch wird bis auf Widerruf ein Behandlungsvertrag für ärztliche Behandlungen geschlossen.

Für das Honorar gilt die amtliche GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) als vereinbart.

Für Leistungen außerhalb der GOÄ, gilt die in den Praxisräumen einsehbare Honorarliste.

Der/die Patient/in teilt ausdrücklich mit, unabhängig von Tarif oder Kostenerstattung einer Krankenversicherung, Beihilfe oder anderer Kostenträger, für die Behandlungskosten in voller Höhe persönlich zu haften und entbindet, soweit dies die Abrechnung oder Geltendmachung der Behandlungskosten erforderlich ist, die behandelnde Ärztin von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bittet die Krankenversicherung, Beihilfe oder andere Kostenträger auf Anfrage von Fr. Dr. Anika Petrausch alle von ihr erbetenen Auskünfte zu erteilen.

Ich wünsche ausdrücklich die ärztliche Behandlung als Privatpatient auf Rechnung.

Eine Adressänderung werde ich Fr. Dr. Petrausch sofort mitteilen.

Michendorf, den Datum Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter