

Behandlungsvertrag



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

- Private Krankenversicherer und Beihilfestellen versuchen zunehmend – so unser Eindruck – sich ihrer Erstattungspflichten gegenüber ihren Versicherten zu entziehen
- Als Begründung hierfür wird die fehlende Notwendigkeit durchgeführter Therapiemaßnahmen, eine fehlende Analogbewertung oder eine nicht ausreichend Begründung von Schwellenwertüberschreitungen behauptet
- Durch die aktuelle Rechtsprechung sind wir verpflichtet, Sie hierüber aufzuklären sowie die Aufklärung zu dokumentieren

Daher bitten wir Sie, die folgende Seite sorgfältig zu lesen und vor der ersten/nächsten Konsultation zu unterschreiben.

Ich,
Vor- und Nachname, Geb.:

Adresse:

Dr. med. Oliver Meub

FA Allgemeinmedizin

FA Innere Medizin
(privatärztlich)

Dr. med. Ina Kramm

FÄ Allgemeinmedizin

(angest.)

In der Grobach 18

61197 Florstadt

www.praxis-mockstadt.de

Tel.: 06041 8238250

Fax: 06041 8239990

wünsche hiermit die Behandlung durch die in der Praxis Mockstadt tätigen Ärzte.

Diese erfolgt als privatärztliche Behandlung für mich. Der Rechnungsbetrag ist von mir vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung von der Versicherung und/oder der Beihilfe, da Einschränkungen in Versicherungsverträgen für die Arztpraxis nicht bekannt oder ersichtlich sind.

Sollten solche Einschränkungen bestehen, so teilen Sie uns bitte vor der Behandlung mit, um welche es sich handelt

Die gesetzlichen geregelten Bestimmungen zu den Verträgen KVB, Standardtarif, Basistarif werden von uns eingehalten

Bei Verträgen nach Tarif Postbeamten B werden die eingeschränkten Erstattungen in der Regel berücksichtigt.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ.

Die Verpflichtungen des Arztes, medizinisch notwendige Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ abzurechnen bleibt unberührt.

Ort, Datum, Unterschrift