
	Dokumentenname: Patientenvereinbarung/Behandlungsvertrag	Check: Dokumentenversion: 2 Seite: 2 von 2
	Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Ildikó Czeiner August-Mohl-Str. 38 95030 Hof/Saale	

Behandlungsvertrag für Privatpatienten

Betrifft:

Name: _____ geb. am: _____

wohnhaft: _____

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass die im Rahmen der hier durchgeführten kinderpsychiatrischen/jugendpsychiatrischen Behandlungen anfallenden Kosten, die nach der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ abgerechnet werden, von mir/uns übernommen werden und spätestens 3 Wochen nach Eingang der Liquidation angewiesen werden.

Gemäß der Tatsache, dass ich als Privatpatient ein privatrechtliches Verhältnis mit dem behandelnden Arzt eingehe, bin ich/sind wir für die Erstattung der Liquidation zuständig. Unabhängig von einer Übernahme durch eine bestehende private Krankenversicherung oder Beihilfe.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, für die Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Versicherter (über den der Patient versichert ist):

Name: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Hof, den _____

 Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte(r)