

BEHANDLUNGSVERTRAG

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Straße

Nr.:

PLZ:

Ort:

Tel: Privat

Mobil:

E-Mail:

Hausarzt/E-Mail:

Versicherung:

Ich erkläre, dass es mein Wunsch ist, von Dr. med. Kai Raabe als Privatpatient oder Selbstzahler mit Privatstatus behandelt zu werden.

Die Liquidation erfolgt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Die Honorarforderung wird von mir in voller Höhe beglichen, unabhängig von der Höhe der Rückerstattung durch meine private Krankenkasse bzw. andere Beihilfestellen, die sich an der vorgenannten Rückerstattung beteiligen. Regelhaft wird mindestens der 2,3-fache Satz der GOÄ abgerechnet.

Ich habe davon Kenntnis und erteile mein Einverständnis, dass die Erstellung und der Einzug der Rechnungen durch eine Abrechnungsgesellschaft erfolgt, an die alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten weitergegeben werden. Als Rechenzentrum für Ärzte unterliegt die Abrechnungsgesellschaft – wie jeder Arzt – den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Der Versand der Rechnung erfolgt, soweit möglich, online per .pdf.

Notwendige Laboruntersuchungen werden durch das Labor oder die beauftragte Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt, sofern sie nicht direkt durch die Praxis erbracht werden.

Die Erklärung zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und keine Einwände.

Die Praxis wird als reine Terminpraxis geführt. Die Behandlungstermine sind speziell für Sie reserviert und in der Regel nicht kurzfristig neu zu besetzen. Für nicht wahrgenommene Termine, die nicht 48h vorher abgesagt werden, gilt ein pauschales Ausfallhonorar von EUR 80,00 als vereinbart.

Buxtehude, den

Unterschrift des Patienten/der Patientin
oder Erziehungsberechtigten