



Doctor-medica Maria Hock
St.-Anna-Weg 11
63762 Großostheim-Pflaumheim
Tel.: 06026-7091389
www.praxis-hock.de
E-Mail: info@praxis-hock.de

Behandlungsvertrag

zwischen: , geb. am:
Vorname, Nachname

und

Privatpraxis
Doctor-medica Maria Hock
St.-Anna-Weg 11
63762 Großostheim

Die beiden oben genannten Parteien schließen hiermit einen Behandlungsvertrag ab. Für die Bestimmung des Honorars gilt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweiligen gültigen Fassung. Gegebenenfalls kommt die zuständige Beihilfestelle/private Krankenkasse nur für einen Teil der Behandlungskosten auf.

Hinweis: Aufgrund des stetigen Fortschrittes in der Medizin müssen immer mehr Leistungen nach § 6 Abs. 2 der GOÄ analog berechnet werden. Von einigen privaten Versicherungen wird die Erstattung der Kosten für bestimmte analog berechnete Leistungen abgelehnt ggf. ist auch eine Anhebung des Schwellenwertes erforderlich. Wegen der vielen unterschiedlichen Versicherungsbedingungen, Tarife und wegen der zahlreichen Beihilfevorschriften haben Patienten die Erstattungsfähigkeit von Behandlungen in eigener Verantwortung zu prüfen bzw. sich über die Höhe der Erstattung selbständig zu informieren.

In etlichen Verträgen wird die Erstattung bestimmter Leistungen durch die private Krankenversicherung/Beihilfe kategorisch ausgeschlossen – dies entbindet den Patienten nicht von der Pflicht, die erbrachten Leistungen zu bezahlen. Das Honorar ist in jedem Fall vonseiten des Patienten zu begleichen, unabhängig davon, ob bzw. zu welchem Anteil die Versicherung/Beihilfe den Rechnungsbetrag erstattet.

Das festgelegte zeitliche Zahlungsziel besteht unabhängig vom Zeitpunkt einer zugesagten Erstattung.

Es ist grundsätzlich nicht möglich, nach dem Erstellen einer Rechnung den Rechnungsbetrag zu ändern.

Sofern eine der genannten vertraglichen Regelungen unwirksam ist, bleibt die Wirksamkeit des restlichen Vertrages davon unberührt.

Ich bin privat krankenversichert (ohne/mit Beihilfeberechtigung)/gesetzlich versichert und akzeptiere die volle Honorarhöhe mit dem Schwellenwert (2,3 bzw. 1,8) oder - bei Begründung – mit dem erhöhten Wert.

Ich bin bereit, einen Teil der Behandlungskosten oder ggf. auch die gesamten Kosten zu tragen, sofern der/die Kostenträger die Kosten nicht oder nicht vollumfänglich erstattet/erstatten.

Großostheim,

Unterschrift Patient/in (ggfs. gesetzliche/r Vertreter/in)