

Dr. med. Anke Raschke
FÄ Dermatologie/ Allergologie
Otto-von-Guericke-Str. 110
39104 Magdeburg

Behandlungsvertrag mit Privatpatienten

Versicherungsnehmer

Versicherung: -----

Name: -----

Vorname: -----

Geb.-Datum: -----

Pat. (familienversichert)

Name: -----

Vorname: -----

Geb.-Datum: -----

Hiermit beantrage ich bzw. für: -----
die Untersuchung/ Behandlung und Berechnung nach GOÄ durch

Dr. med. Anke Raschke.

Die Möglichkeit, die GOÄ einzusehen, besteht in der Praxis.
Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) gemäß den §1-12 bin ich einverstanden. (ausgenommen §2 der GOÄ)
Nach §4 Absatz 5 wird Ihnen bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) von dieser Fachabteilung eine gesonderte Rechnung zugehen.
Ich verpflichte mich, dass nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze nach §12 GOÄ, bei Mehraufwand der Untersuchung Steigerung des Faktors bis auf 3,5) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/ oder Beihilfestellen es nicht in vollem Umfang übernehmen.
Nach §12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig. Wir gewähren Ihnen ein Zahlungsziel von 4 Wochen.
Der Vertrag gilt, bis ich diesem schriftlich widerspreche.

Magdeburg, den -----

Unterschrift -----