



SZ-Patienten-ID:

Handzeichen

Selbstzahler Behandlungsvertrag

Patient

vollständiger Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:			
Telefonnummer privat:	Handy:	Telefonnummer beruflich:	
gesetzlicher Vertreter Name, Vorname:			

Hiermit beantrage ich die Untersuchung/Behandlung durch Herrn Dr. Senger bzw. durch angestellte Ärzte. Ich bin mit der Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß dem Paragraphen 1 – 12 einverstanden. Ich willige ausdrücklich in die Behandlung als Selbstzahler ein, um die Vorteile der Privatsprechstunde für mich zu nutzen. Mir ist bewusst, dass ich als Versicherter der gesetzlichen Krankenkassen auch die Kassensprechstunde besuchen kann.

Beispiele für Abrechnungssätze für Beratung und Untersuchung je nach Aufwand:

	Beratung:	
Ziffer 1 (Faktor 2,3 - 3,5)	einfache	10,72 - 16,32 Euro
Ziffer 3 (Faktor 2,3 - 3,5)	eingehende	20,11 - 30,60 Euro
	Untersuchung:	
Ziffer 5 (Faktor 2,3 - 3,5 je nach Aufwand)	Teilkörper	10,72 - 16,32 Euro
Ziffer 7 (Faktor 2,3 - 3,5 je nach Aufwand)	Ganzkörper	21,45 - 32,64 Euro

..... Datum
 Unterschrift des Patienten/
 gesetzlicher Vertreter
 Unterschrift des Arztes

Über umfassendere Behandlungen als oben beschrieben werde ich vorab informiert und auf Wunsch wird mir ein Kostenvoranschlag erstellt. Auch bin ich damit einverstanden, dass mir bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) eine gesonderte Rechnung durch diese Stelle zugeht (§ 4 Abs. 5 GOÄ). Ich verpflichte mich, das nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen.

Ihr Anliegen / Ihre Beschwerden: