

**Behandlungsvertrag und
Abrechnungsvereinbarung**

Fachärzte für Urologie
Andrologie
fachgebundene
Labormedizin
medikamentöse
Tumorthherapie
Palliativmedizin

zwischen _____

und der Praxis Mainurologe Dr. med. Arne Behm und Kollegen

Die ambulante Behandlung erfolgt durch den Arzt oder dessen Praxisvertreter unter Aufrechterhaltung des Liquidationsrechts des Arztes.

Die ärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in ihrer jeweils gültigen Fassung abgerechnet. Mir ist bekannt, dass ich ungeachtet der Erstattungssummen eines privaten Krankenversicherers oder einer Beihilfestelle den Rechnungsbetrag bei Fälligkeit der ärztlichen Honorarforderung persönlich an den Arzt zu zahlen habe.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen.

Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

Für den behandelnden Arzt ist insbesondere wegen der Vielfalt der Versicherungstarife der einzelnen Privaten Versicherer nicht erkennbar, ob die Behandlung von dem von Ihnen gewählten Versicherungstarif gedeckt ist. Setzen Sie sich daher bei Bedarf wegen der Erstattungsfähigkeit der Kosten mit Ihrer privaten Krankenversicherung in Verbindung. Sie können gerne im Vorfeld einer

Behandlung einen Kostenvoranschlag erhalten, um die Übernahme durch Ihre Versicherung zu klären.

Sofern nicht anders vereinbart, gilt dieser Behandlungsvertrag für die gesamte Zeit der ambulanten Behandlung. Die Vereinbarung kann jederzeit schriftlich gekündigt werden. Die Abtretung von Ansprüchen aus dem Behandlungsverhältnis an Kostenträger (z. B. private Krankenversicherungen) unterliegt grundsätzlich der schriftlichen Einwilligung des behandelnden Arztes.

Ort, Datum

_____ Dr. med. Dipl. Kfm. Behm

Im Falle einer medizinischen und finanziellen **Betreuung** unterschreibe ich anstelle des oben genannten Patienten:

Name

Vorname

Unterschrift

Bitte geben Sie uns eine aktuelle Adresse, an die wir Ihre Rechnung senden sollen

Name

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort
