

**Behandlungsvertrag nach amtlicher GOÄ (vom 01.01.1996)  
zwischen Dr. med. Freitag /Dr. med. May und**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt / überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich Dr. med. Freitag/Dr. med. May zur privatärztlichen Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Berücksichtigung der Steigerungsfaktoren (§5) der Zusatzleistungen und Analogleistungen (§6 Abs. 2 GOÄ).

Wir arbeiten unter Anwendung modernster Endoskopie-Ausstattung in HD plus Technik, die eine optimale Darstellung der Gewebestrukturen gewährleistet. Ebenso bieten wir eine Magenspiegelung über die Nase (transnasale Gastroskopie) an, die wir mit ultradünnen Farb-Chip-Video Geräten durchführen. Die Reinigung unserer Endoskope erfolgt mittels modernster Aufbereitungswaschmaschinen. Unsere Praxis ist für das Qualitätsmanagement System nach QEP von der DEKRA zertifiziert. Unsere Leistungserbringung erfolgt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt.

Aufwändige Untersuchungen und Beratungen rechtfertigen im Einzelfall eine Steigerung über den 2,3fachen Satz hinaus, was wir bei der Rechnungserstellung jedes Mal entsprechend begründen. Alle Berechnungen einzeln anfallender Posten werden bei Rechnungsstellung entsprechend begründet. Finden an einem Tag zwei Untersuchungen statt, erlauben wir uns auch zwei Briefe mit entsprechenden Portokosten in Rechnung zu stellen.

Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/GKV berechtigen den Patienten nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen. Der Versicherte hat hier die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- und Rechtsweg durchzusetzen.

Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamthonorarforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

**Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen**

Mit unten stehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z.B. Laborarzt, Histopathologie etc, gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift