

# Behandlungsvertrag PKV

zwischen

VitaGyn-Frauenarztpraxis

und

Name u. Vorname : .....

Geb.-Datum: .....

Wohnort: .....

Handy-Nr. ....

Krankenkasse: .....

## Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistung wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt.

## Kosten:

Abrechnung erfolgt über die GOÄ zum 3,5-fachen Satz

## Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterung zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung 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, Zytologielabor, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme. Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten an Dritte (z.B. Labor Limbach / Zytologielabor Hesse) weitergegeben werden dürfen.

München, den .....

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des Arztes