

# Behandlungsvertrag Selbstzahler

zwischen

VitaGyn-Frauenarztpraxis

und

Name u. Vorname : .....

Geb.-Datum: .....

Wohnort: .....

Handy-Nr. ....

## 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

<input type="checkbox"/> Beratungsgespräch/Rezeptausstellung	GOÄ 1	16,32 Euro
<input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung	GOÄ 7	32,64 Euro
<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge	GOÄ 27	65,28 Euro
<input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung Unterbauch	GOÄ 410	40,80 Euro
<input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung Brust	GOÄ 415	42,84 Euro
<input type="checkbox"/> Kleiner operativer Eingriff	GOÄ 1141	74,27 Euro
<input type="checkbox"/> _____	GOÄ _____	_____ Euro

Der Rechnungsbetrag ist **direkt nach** der Behandlung **nur elektronisch** zu begleichen.

## 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. (z.B. Zytologie Abstrich 25 Euro)

München, den .....

.....  
Unterschrift des Patienten

.....  
Unterschrift des Arztes