

Vorname / Nachname: _____
(BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)

Geb.-Datum: _____ Telefon-Nr.: _____

Telefon, Email: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsträger: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit Ihrer Unterschrift kommt zwischen Ihnen und der Praxis Radiologie Northeim ein Behandlungsvertrag über radiologische Leistungen zustande. Für diesen Vertrag gelten die nachfolgenden Bedingungen als vereinbart:

1. Die vereinbarten Untersuchungstermine müssen vom Patienten eingehalten werden. Abgesehen von Notfällen müssen Termine mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls ist die Radiologie berechtigt, ein Ausfallhonorar zu verlangen.
2. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) und den Empfehlungen der Bundesärztekammer.
3. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler, das entsprechend o. g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.

4. Auf Wunsch wird Ihnen als Patient ein Kostenvoranschlag für die vorgesehene Leistung erstellt. Dies benötigt jedoch einige Zeit und kann daher nicht direkt an der Anmeldung geschehen.

5. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung durch die Radiologie bereits erbracht wurde.

6. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zugleich, dass Sie ausreichend Zeit hatten, diesen Vertrag zu lesen und Fragen zu stellen, ebenso, dass der Inhalt für Sie verständlich ist. Weiterhin erklären Sie verbindlich, eine Privatbehandlung zu wünschen.

Northeim, den _____
Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)