



Praxis für Kinder- &
Jugendpsychiatrie
Tim Güntzel

Behandlungsvertrag

für Privatversicherte

Patient*in

Name, Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Hauptversicherte/Rechnungsempfangende Person

Name, Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Handy _____

Krankenkasse _____

1. Die Vergütung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
2. Die ärztliche Behandlung erfolgt ausschließlich als Privatpatient*in. Die Kosten der ärztlichen Behandlung werden von gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet. Inwieweit die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe zur vollständigen Erstattung der Vergütung verpflichtet sind, richtet sich u.a. nach den Versicherungsbedingungen und dem Tarif.
3. Schuldner*in der Vergütung ist der*die Patient*in, bei Minderjährigen die gesetzlich vertretende Person.

Datum _____ Unterschrift _____

(Sorgeberechtigte Person bzw. gesetzliche Vertretung)