

Behandlungsvereinbarung

über das Erbringen Individueller Gesundheitsleistungen

1. Name und Vorname der Patientin/des Patienten, Anschrift

2. Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes

PRAXIS MÜNCH
Berufsausübungsgemeinschaft
Anne und Marcus Münch
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Mönchsstraße 36 | 09599 Freiberg

Tel. 03731 775 1755 | Fax 03731 774 9984

3. Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt:

**Durchführung der Vorsorgeuntersuchung im Kindes- und Jugendalter in
Anlehnung an die:** _____

Hinweis

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die aufgeführte Untersuchung unter bestimmten Voraussetzungen Leistungsinhalt meiner gesetzlichen Krankenversicherung ist. Dazu zählen z.B. die Leistungserbringung durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und/oder die Teilnahme eines/einer solchen an sog. Kinder- und Jugendprogrammen.

Das Procedere der Privatliquidation (Rechnungsstellung durch den oben genannten Arzt/genannte Ärztin) sowie die Modalitäten bezüglich der Vorlage bei meiner gesetzlichen Krankenversicherung wurden mir erklärt. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese vorgenannten ärztlichen Leistungen zunächst privat zu bezahlen habe, da ich ausdrücklich diese erbeten habe. Mir ist ferner bekannt, dass ich gegenüber meiner Krankenkasse keinen garantierten Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe. Etwaige Fragen konnten beantwortet werden.

4. Im Rahmen der ärztlichen Beratung/Behandlung werden folgende Gebühren in Orientierung an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anfallen:

Früherkennungsuntersuchung, Kind/Jugendliche(r)

Dafür veranschlagen wir **60,33 €**.

Eine entsprechende Rechnung wird Ihnen am Tag der Untersuchung ausgehändigt oder zeitnah postalisch zugesandt und ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt dieser in bar bzw. durch Überweisung zu begleichen.

Dies gilt auch, sollte Ihre gesetzliche Krankenversicherung Ihnen diese Kosten nicht erstatten.

5. Einverständniserklärung

Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den Inhalt dieses Behandlungsvertrages gelesen und insbesondere die Hinweise verstanden zu haben.

Freiberg, den

Unterschrift des Patienten/der Patientin
