



DR. MED. BABETTE KLEIN

Fachärztin für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie  
Naturheilverfahren, Anästhesie

## Privatärztlicher Behandlungsvertrag

Patient: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich wünsche optimale Untersuchungen und Behandlungen als Privatpatient/in.

Ich bin mir bewusst, dass diagnostische und/oder therapeutische Leistungen o. Teile davon im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden wollen.

Die Liquidation aller Leistungen erfolgt wie üblich als Privatpatient nach der Gebührenordnung für Ärzte ( GOÄ ) oder Zahnärzte ( GOZ ). Gemäß §5,Abs.1-5 GOÄ, sowie §6Abs.2 GOÄ kann die Abrechnung je nach Schwierigkeitsgrad und Aufwand mit einem Steigerungssatz bis zu 3,5-fach gestellt werden. Die Begründung für die Steigerung über dem 2,3-fachen Satz wird detailliert begründet in der Rechnung. Ich erkläre mich einverstanden, dass die Rechnung an die oben angegebene Adresse geschickt wird und von mir innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung beglichen werden. Die Zahlung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch die Krankenkassen, sowie Beihilfestellen.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_