Behandlungsvertrag für Privatversicherte

zwischen der Praxis
Priv. Doz. Dr. med. G. Schmidt-Heinevetter, Dr. med. Solveig Kemen

und Privatversicherten

....
Patient Name Vorname geb. am

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger '.....

'..... ... . '.....
Name Vorname geb. am

Beruf '..... .....äienstl.
Telefonnummer

.....
Straße private. Telefonnummer

... .
PLZ Wohnort

'.....
Hausarzt/überweisender Arzt

'.....
Krankenversicherung/Kostenträger

Mit der Berechnung des 2,3 fachen Satzes nach der GOÄ **(Gebührenordnung für Ärzte) bin ich einverstanden.**
Abweichungen bedürfen der Absprache

Datum ..... . Unterschrift