



## Anmeldung für Privatpatientinnen

Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. – Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

---

Nachname

---

Vorname

---

Geb. Datum

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ

---

Wohnort

---

Telefon privat

---

Telefon dienstlich

---

Telefon mobil

---

Beihilfe?/Krankenversicherung

## Erklärung des Patienten

Hiermit beantrage ich die Untersuchung/Behandlung u. Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) durch Frau Dr. med. Schäfer. Diese Vereinbarung gilt solange, bis ich widerspreche. Mit der Liquidation nach GOÄ gemäß § 1 bis § 12 bin ich einverstanden (ausgenommen § 2).

Der Vergütungsanspruch richtet sich an den Zahlungspflichtigen unmittelbar und ist unabhängig von der möglichen Erstattung. Mir ist bekannt, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin.

Nach § 12 GOÄ wird die Rechnung sofort nach Erhalt fällig. Wir gewähren ein Zahlungsziel von 4 Wochen. Das Honorar berechnet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dabei werden die entsprechenden Mindestsätze der Gebührenordnung gemäß GOÄ mit dem 2,3-fachen Satz, in berechtigten Fällen bis zu 3,5-fachen Satz, berechnet. Bei Leistungserbringung durch Dritte (z. B. Labor) wird Ihnen von dieser Fachabteilung eine gesonderte Rechnung zugehen § 4 GOÄ (Abs. 5). Ich wurde darüber aufgeklärt, dass im Falle von Verzug Zinsen anfallen in gesetzlichem Rahmen und dass Forderungen durch ein Inkassobüro eingefordert werden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Gebührenordnung für Ärzte für mich jederzeit am Empfang einsehbar ist. Ich habe eine Kopie dieser Vereinbarung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich 24 Stunden vorher absagen muss, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann. Ich bin hiermit darüber informiert, dass mir für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine eine Ausfallgebühr in Höhe von **25 €** in Rechnung gestellt werden kann.

---

Bonn, den

---

Unterschrift