



# ANMELDUNG FÜR PRIVATPATIENTINNEN

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Privatversichert bei

## 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 2,3fachen 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 §4GOÄ (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 Durchschrift dieser Vereinbarung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift