



# Behandlungsvertrag für privatärztliche Behandlung in der Praxis Frau Dr. Foelckel & Frau Dr. Grohnfeldt

Hiermit erkläre ich,

Patient

---

dass ich bei Frau Dr. Foelckel und Frau Dr. Grohnfeldt die privatärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wünsche.

1. Ich bin privat krankenversichert ohne/mit Beihilfeberechtigung und akzeptiere die volle Honorarhöhe mit dem Schwellenwert 2,3 bzw. 1,8 sowie bei Begründung die Steigerung mit dem Faktor 3,5 bzw. 2,5.

Ich bin bereit, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet.

2. Ich bin privat krankenversichert, habe jedoch einen besonderen Tarif (Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife).

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Basistarif, Standardtarif und in einigen gesonderten Vereinbarungen nicht alle Leistungen unserer Praxis erstattet werden.

In unserer Praxis behandeln wir Patienten in einem multiprofessionalen Team. Neben den Ärztinnen behandeln auch andere Therapeutinnen (Kunsttherapeutinnen, Heilpädagoginnen, Sozialpädagoginnen und Psychotherapeutinnen) unter Miteinbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen die Patienten. Die Abrechnung erfolgt dabei bei allen Therapeutinnen mit den Arztcodern der Gebührenordnung für Ärzte.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Bei Rückfragen sprechen Sie uns gerne an.

Frau Dr. Foelckel/Frau Dr. Grohnfeldt

---

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten