



Behandlungsvertrag für Kassenpatienten

Patient: _____

Gebühren für nicht eingehaltene Termine sowie Leistungen, die nicht Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung sind, werden über die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) abgerechnet.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Übermittlung der entsprechenden Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle einverstanden.

Bei Rückfragen sprechen Sie uns gerne an.

Frau Dr. Foelckel/Frau Dr. Grohnfeldt

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten/des Patienten (wenn volljährig)