



Dr. med. Claudia Faulhaber

Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
50672 Köln • Hohenzollernring 94
Sprechstunden Mo-Fr 9-12, Mo, Di, Do 15-17
und nach Vereinbarung
Zertifiziertes Qualitätsmanagement
Telefon 0221/91262728 • Telefax 0221/91262729
www.dr-faulhaber.de

Behandlungsvertrag

Hiermit wünsche ich für mich bzw. für

.....

die Beratung / Untersuchung / Behandlung als Privatpatient und die entsprechende Berechnung der erbrachten Leistungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuell gültigen Fassung.

Bis auf Widerruf bin ich mit der Liquidation nach der GOÄ (§§ 1-12) einverstanden.

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter besonderer Beachtung der Höchstsätze nach z.B. §§ 4,5 und 12 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und / oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen oder einzelne Gebührenordnungspositionen nicht anerkennen.

Mir ist bekannt, dass das Honorar mit Erhalt der Rechnung vollständig fällig und persönlich an Frau Dr. Faulhaber bzw. die Praxis Dr. Faulhaber zu zahlen ist.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Einsicht in die GOÄ in der Praxis Dr. Faulhaber genommen werden kann.

Die nachträgliche Umwandlung von inanspruch genommenen privatärztlichen Leistungen in Kassenleistungen ist nicht möglich. Ich bin damit einverstanden.

Leistungen, die nicht von Frau Dr. Faulhaber oder ihrem Team, sondern von Dritten erbracht werden (z.B. Leistungen aus den Bereichen Zytologie, Pathologie, Labor, oder auch von Lieferanten) werden durch diese unmittelbar berechnet und von mir beglichen werden.

Den oben genannten Behandlungsvertrag habe ich gelesen, verstanden und bestätige mein Einverständnis durch meine Unterschrift.

Köln,

.....
Unterschrift Patient / -in / gesetzlicher Vertreter

.....
Dr. C.Faulhaber