

Behandlungsvertrag



UROLOGISCHE
KLINIK UND PRAXIS
AM LERCHENBERG

Urologische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Hagen Weiß
Dr. med. Martin Soder
Dr. med. Wigand Jurgowski

Telefon 0 71 31 - 15 66 0
Fax 0 71 31 - 15 66 80
info@praxis-lerchenberg.de
www.praxis-lerchenberg.de

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ Handy: _____

Krankenkasse: _____

Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____