

**Privatärztliche Praxis**  
Dr. Sylvia Grotjohann-Ernst  
Clayallee 343, 14169 Berlin, Tel: 030-8028998

**Behandlungsvertrag**  
zwischen der Ärztin Frau Dr. Grotjohann-Ernst und

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon:

**Kosten und Abrechnung der allgemein- und komplementärmedizinischen Behandlung in der Praxis Dr. Sylvia Grotjohann-Ernst**

Die Honorarabrechnung erfolgt nach den Grundsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Leistungen, die in der Gebührenordnung nicht gesondert aufgeführt sind, werden entsprechend § 6, Absatz 2 der GOÄ als Analogziffern abgerechnet, die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand den Originalziffern gleichwertig sind. Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Zeitaufwand zwischen 1,0- und 5,0-fachen Satz.

Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die private Krankenversicherung und/oder Beihilfe nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann. Die Gebührenordnung GOÄ kann auf Wunsch eingesehen werden.

Die Abrechnung meiner ärztlichen Tätigkeit Ihnen gegenüber erfolgt ausschließlich auf der Grundlage der hiermit mit Ihnen getroffenen Vereinbarung, unabhängig von einer Erstattung durch einen Krankenversicherer oder eine Beihilfestelle. Sie als Patient erklären mit der Inanspruchnahme der Beratungs- und Behandlungstermine Ihr Einverständnis.

Einbehalt oder Abzüge von den insoweit erteilten Rechnungen sind daher unzulässig.

Ich wünsche optimale Untersuchungen und Behandlungen als Privatpatient. Ich bin mir bewusst, dass diagnostische und therapeutische Leistungen oder Teile solcher Leistungen über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können. Sie müssen aus diesem Grund auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören. Dennoch werden die Kosten dieser Leistungen und Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitsoptimierung, Prävention und komplementäre Medizin von mir in voller Höhe übernommen.

Ich habe diese Information gelesen, zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit mein Einverständnis.

Berlin, den

Unterschrift: