

# Radiologie München Ost

## Behandlungsvertrag

zwischen

Radiologie München Ost MVZ GmbH

Ärztliche Leitung:

Stefanie Britsch und Dr. med. Bernd Roßmüller

Wasserburger Landstraße 182, 81827 München

und der Patientin/ dem Patienten : \_\_\_\_\_

geboren : \_\_\_\_\_

Versicherter : \_\_\_\_\_

geboren : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Sondertarif  Ja  Nein

wenn Ja, welchen : \_\_\_\_\_

Als Privatpatient wünsche ich die Untersuchung/Behandlung durch o.g. Ärzte oder deren Vertreter. Der Behandlungsvertrag verliert dann die Gültigkeit, wenn ich diesem Vertrag schriftlich widerspreche.

Es wird vereinbart, dass sämtliche Leistungen gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden und insofern eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen nicht gegeben ist.

Bei der Abrechnung findet der sog. „Schwellenwert“ Anwendung. Dieser liegt für rein ärztliche Leistungen beim 2,3fachen, für technische Leistungen beim 1,8fachen und für Laborleistungen beim 1,15fachen des jeweiligen Einzelsatzes. Für besonders zeitaufwendige oder schwierige Leistungen (bzw. Zusatzuntersuchungen) kann sich der Faktor – mit entsprechender Begründung – für ärztliche Leistungen auf das 3,5fache, für technische Leistung auf das 2,5fache und für Laborleistungen auf das 1,3fache erhöhen.

Etwaige abweichende Versicherungsbedingungen können nicht berücksichtigt werden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass alle erbrachten Leistungen auf Grundlage der GOÄ in Rechnung gestellt werden und – soweit kein entsprechender Versicherungsschutz vorhanden ist – der Rechnungsbetrag von mir selbst zu begleichen ist. Dies kann u.U. eine erhebliche finanzielle Belastung bedeuten.

Außerdem verpflichte ich mich, dass nach der GOÄ (unter Beachtung der o.g. Höchstsätze §5GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und / oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Gleichzeitig wird mit der Unterschrift bestätigt, dass ich die Gelegenheit hatte, zu Beginn der Behandlung die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einzusehen, um mich über die Entgelte ausreichend zu informieren.

Der Zahlungspflichtige hat einen Abdruck dieser Vereinbarung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Rechnungsempfängers

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxis