

## **Honorarvereinbarung über gewünschte Privatbehandlung**

### **Patient:**

Familiennamen: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

### **Hauptversicherter falls nicht Patient:**

Familiennamen: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: : \_\_\_\_\_ Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

### **Als Privatpatient schließen Sie einen Behandlungsvertrag mit uns ab.**

Die Abrechnung der Behandlungskosten erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) über die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) sofern Sie gesondert Ihr Einverständnis dafür erteilt haben (Siehe gesondertes Formular). Der Umfang der Kostenerstattung durch die Krankenkasse ist abhängig von Ihrem individuellen Versicherungsvertrag. Daher erklären Sie sich hiermit bereit, die entstehenden Behandlungskosten in vollem Umfang zu begleichen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung.

Mit der elektronischen Speicherung der Patientendaten, sowie der Weiterleitung von Patientendaten an mitbehandelnde Ärzte (Arztbrief) erklären Sie sich einverstanden.

Bonn, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten