



SPORTHOPAEDICUM

LEBEN IST BEWEGEN

Behandlungsvertrag

zwischen

der sporthopaedicum straubing – berlin – regensburg – münchen MVZ-Trägersgesellschaft GbR
als Trägerin des MVZ Berlin,

vertreten durch die Gesellschafter Prof. Dr. Michael J. Strobel, Dipl.-Sportwiss. Dr. Tomas Buchhorn, Dr. Alexander Schütz, Priv.-Doz. Dr. Jörn Ludwig, Prof. Dr. Andreas Weiler, Dr. Arno Schmeling, Priv.-Doz. Dr. Dr. Max J. Käüb, Prof. Dr. Peter Angele, Dr. Frank Schneider, Priv.-Doz. Dr. Thore Zantop, Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickert, Prof. Dr. Stefan Greiner, Dr. Michael Wagner, Priv.-Doz. Dr. Sven Scheffler, Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth, Prof. Dr. Dennis Liem, Prof. Dr. Johannes Zellner

Bahnhofplatz 27, 94315 Straubing

und

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gem. § 18 Abs. 8 BMV-Ä/§ 21 Abs. 8 EKV

Hiermit wird vereinbart, dass sämtliche Leistungen während des stationären Aufenthalts gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden und insofern eine Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen nicht gegeben ist.

Mit seiner Unterschrift erklärt der Patient, dass er die Erbringung von privatärztlichen Leistungen wünscht und die Kosten hierfür auf Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Form einer Privatrechnung abgerechnet werden. Ihm ist bekannt, dass die von ihm gewünschten Leistungen zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, er wünscht jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation. Der Patient hat für die von ihm gewünschte Behandlung keinen Anspruch auf Kostenerstattung dieser Leistung gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse. Der Rechnungsbetrag wird von ihm geschuldet, unbeachtlich einer etwaigen Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z. B. private Krankenzusatzversicherung).

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des Arztes

BITTE WENDEN! →

