



## Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)  
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin  
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter  
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9  
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

## ANMELDUNG FÜR PRIVATPATIENTEN

### Patient:

---

Berlin, Name Vorname geb. am

### Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger:

---

Name Vorname geb. am

---

Beruf dienstl. Telefonnummer

---

Strasse private Telefonnummer

---

PLZ Wohnort

---

Arbeitgeber (mit Anschrift)

---

Krankenversicherung / Kostenträger

---

Überweisender Arzt

---

Personalausweis-/Reisepass-Nummer

**BITTE WENDEN!!!**

# Behandlungsvertrag über privatärztliche Behandlung

## Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 1 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag

Hiermit schließe ich mit meiner behandelnde Ärztin / meinem behandelnden Arzt einen privatärztlichen Behandlungsvertrag ab, der nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird. (Duplikat wird Patient ausgehändigt!)

Die üblichen Steigerungsfaktoren richten sich nach der erbrachten Leistung (im Regelfall 2,3-fach (1,9-fach), ggf. 3,5-fach), unabhängig von der Erstattung Ihrer Krankenkasse oder Beihilfe.

Privatversicherung (Regelfaktor 2,3) (Normaltarif)

zusätzlich Beihilfe-berechtigt

Postbeamten-Krankenkasse B (1,9)

„Standard-“ oder „Basis“-Tarif der Privaten Krankenversicherung (reduzierter Leistungsumfang der Gesetzl. Kranken-Vers.) – Nachweis erforderlich!

Die Rechnung über diese Behandlungen werde ich nach Zugang bezahlen (Rechnungsstellung jeweils nach 4 Wochen möglich). Bitte beachten Sie, dass manche Versicherungen und die Beihilfe nicht alle Untersuchungen bzw. Therapien oder Medikamente (vollständig) übernehmen (z. B. Vitamine). Ggf. erkundigen Sie sich bitte vorher bei den zuständigen Stellen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihnen die ausgefallenen speziellen Leistungen bzw. den konkreten finanziellen Schaden in Rechnung stellen müssen, wenn Sie nicht mindestens einen Werktag (24 Stunden vor Termin) absagen oder wir diesen Termin oder diese Untersuchung nicht anderweitig vergeben können (nach § 615 BGB) – bitte lesen Sie hierzu unser Informationsblatt! Es handelt sich hier um spezielle zeitintensive Untersuchungen und Beratungen sowie Spezial-Untersuchungen, für die wir die Gerätschaften vorhalten und reservieren müssen. Bitte helfen Sie uns durch rechtzeitige Absage der Termine, sollten Sie verhindert sein. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis!

Vorsorglich möchten wir auch darauf hinweisen, dass unsere Termine nur „Richtwerte“ seien können. Wir sind eine „Notfallpraxis“ und müssen ggf. notfallmäßig die Praxis verlassen. Wir sind standesrechtlich verpflichtet, nach medizinischer Dringlichkeit zu behandeln. Deshalb müssen wir potentiell lebensbedrohlich erkrankte Patienten vorziehen. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.

**Auf Wunsch erstellen wir Ihnen einen schriftlichen Kostenplan.** Dann gilt der im Kostenvoranschlag angegebene Faktor der GOÄ-Leistungsziffer.

Ich bin darüber informiert, dass ggf. eine gesonderte Rechnung des Labors (z. B. für Untersuchungen nach Blutentnahmen etc.) gestellt wird – Preise auf Anfrage (kann ggf. Rücksprache mit dem Labor bedeuten).

Nebenabreden und Änderungen des Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform. Diese Formerfordernis kann weder mündlich noch stillschweigend aufgehoben oder außer Kraft gesetzt werden. Eine etwaige Ungültigkeit einzelner Vertragsbestimmungen berührt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine rechtlich zulässige, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung so nahe wie möglich kommt. Beruht die Unwirksamkeit auf einer Leistungs- oder Zeitbestimmung, so tritt an ihre Stelle das gesetzlich zulässige Maß.

Berlin,  
Ort, Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt