

Dr. med. C. Wolf / V. Pizon / A. Stele / G. Mike
Dr. med. J. Greese / A. Brännich
Fachärzte für Radiologie

Eisenbahnstraße 13
16225 Eberswalde
Tel.: (03334) 2130 0
Fax: (03334) 2130 20
eberswalde@meinradiologe.de

BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen

meinradiologe.de MVZ GmbH (Ärztlicher Leiter Dr. Christoph Wolf – Facharzt für Radiologie)

und

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Wohnort
Telefon-Nr. privat		Telefon-Nr. dienstlich	
Name der Privatversicherung	☐ Zusatzversicherung	☐ Beihilfe	☐

Besonderheiten (abweichender Tarif)

Ich wünsche für mich / für meine Ehefrau / für meinen Ehemann / für mein Kind:

Name, Vorname, Geb.-Datum

den Abschluss des Behandlungsvertrages über die Untersuchung und Behandlung durch die Radiologische Praxis meinradiologe.de MVZ GmbH Eberswalde.

Mir ist bekannt, dass mir die von der Radiologischen Praxis meinradiologe.de MVZ GmbH Eberswalde erbrachten Leistungen direkt in Rechnung gestellt werden und sich die Entgelte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) richten.

Mir ist auch bekannt, dass eine Erstattung der Entgelte durch eine private Krankenversicherung, eine Zusatzversicherung, Beihilfestellen oder andere Kostenträger nicht, beziehungsweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Ich habe Kenntnis davon, dass im Zusammenhang mit der Erbringung radiologischer Leistungen beziehungsweise minimalinvasiver therapeutisch-diagnostischer Leistungen erhebliche Sachkosten, z. B. durch den Einsatz von Kontrastmitteln, sonstigen Untersuchungsmaterialien etc. entstehen können, die mir nach der GOÄ ebenfalls in Rechnung gestellt werden.

Unabhängig vom Umfang der Erstattung durch einen Kostenträger bin ich selbst verpflichtet, die mir in Rechnung gestellten Entgelte einschließlich der abgerechneten Sachkosten zu bezahlen.
Der Behandlungsvertrag wird angenommen.

Eberswalde, _____

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Arzt/Ärztin