



KINDERPRAXIS *Dr. Wehsack*

Ärztliche Kinderheilkunde und Osteopathie



Dr. med. Anke Wehsack
Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Osteopathin
Oderfelder Str. 32
20149 Hamburg
mail: wehsack@kinderpraxis-hamburg.de
Tel: +49 (40) 32 04 31 22
Fax: +49 (40) 46 00 97 20

BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen

Kinderpraxis Dr. Wehsack

und

Vor- und Nachname des gesetzlich Vertretenden/ Zahlungspflichtigen

für

Vor- und Nachname Patient*in

Geburtsdatum Patient*in

Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) Patient*in

Erklärung des Arztes

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/ die Patient*in bzw. sein*e/ ihr*e gesetzliche*r Vertreter*in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Vertrages nicht erbracht.

Abrechnungshinweise entnehmen Sie bitte dem Anhang dieses Behandlungsvertrages.

Erklärung des/ der Patient*in/ gesetzlichen Vertreters bzw. Zahlungspflichtigen

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungshinweise zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/ Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z.B. Labor) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Mir ist bekannt, dass bei nicht rechtzeitigen Terminabsagen < 24 Stunden eine Ausfallgebühr von 50,-€ fällig wird.

Datum

Unterschrift gesetzliche*r Vertreter*in/ Zahlungspflichtige*r

Unterschrift Dr. Wehsack