

# BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen

**Rüdiger Barnert**

**Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie**

Theresienstr. 25 \* 85049 Ingolstadt \* 0841 / 99 39 146

und

Name und Vorname d. Patienten: \_\_\_\_\_

Geb. Datum d. Patienten: \_\_\_\_\_

Adresse d. Patienten: \_\_\_\_\_

Name d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Geb. Datum d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichende Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse d. Patienten: \_\_\_\_\_

## **ABRECHNUNGSHINWEISE:**

Die Abrechnung der gewählten Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.1996 unter Beachtung der jeweils gültigen Richtlinien und den aktuellen analogen Bewertungen der Bundesärztekammer. Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen dem 1.0 und 3.5fachen Satz. Für eine Reihe neuer diagnostischer und therapeutischer sowie komplementärmedizinischer Leistungen stehen derzeit keine Gebührenpositionen nach GOÄ zur Verfügung, sie müssen daher durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Da viele private Krankenversicherungen und Beihilfestellen die Kostenerstattung für analoge Bewertungen immer noch verweigern, obwohl die Versicherten aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung neue und/oder unkonventionelle Behandlungsmethoden bei Bedarf in Anspruch nehmen können, rate ich Ihnen zur Prüfung Ihrer persönlichen Versicherungsverhältnisse, denn der gewählte Tarif entscheidet über die Höhe der Kostenerstattung.

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 entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieser Behandlungsvertrages nicht erbracht.

**Bitte beachten Sie, dass dieser Behandlungsvertrag rechtlich völlig unabhängig von Ihrem Krankenversicherungsvertrag und Ihren Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten ist und eine nach § 12 GOÄ erstellte Arztrechnung unverzüglich nach Erhalt zur Zahlung fällig wird.**

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen 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.

Ingolstadt, den .....

.....  
Unterschrift d. Patienten/Zahlungspflichtigen