

**Dr. med. Anne Knoch  
Dr. med. Kristine Essers-Tietjen  
Frauenärztinnen**

---

Heumarkt 43 50667 Köln Tel.: 0221/814400 Fax : 0221/814191

## Behandlungsvertrag für Privatpatienten

*Zwischen Frauenärztinnen am Heumarkt:*

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Versicherungsträger</b>	

(nachfolgend **Patient**) wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Die Privatliquidation erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und etwaiger Analogziffern.
2. Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung aufgeführt.
3. Mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des Patienten ist es dem Arzt gestattet, Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen zu lassen.
4. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.
5. Der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar unabhängig davon zu begleichen, ob eine (Teil-)Erstattung der entstandenen Kosten durch Erstattungsstellen erfolgt.
6. Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er dem Arzt ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Ausgenommen davon sind rechtzeitige Terminabsagen (mindestens 24 Stunden vor vereinbartem Termin, textlich oder telefonisch) und nicht schuldhaftes Nichterscheinen des Patienten. Der Nachweis darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon ebenso unberührt, wie der Nachweis eines höheren Schadens durch den Arzt.
7. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft gekündigt werden.
8. Sofern der Patient nicht im Normaltarif einer Privaten Krankenversicherung versichert ist und auf Antrag einen Sondertarif (Basistarif oder Standardtarif) bewilligt bekommen hat, so hat er diesen Tarif durch Vorlage des Schreibens der Privaten Krankenkasse nachzuweisen.

Ich (Patient) bestätige, den Inhalt dieses Behandlungsvertrags zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich, eine Privatbehandlung zu wünschen.

---

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Ort, Datum, Unterschrift Arzt