

Behandlungsvertrag und Anmeldung

Dieses ausgefüllte Formular gilt als Zustimmung in der Vereinbarung. Eine Unterschrift ist nicht notwendig.

Ohne diesen Vertrag ist die Behandlung ihres Kindes nicht möglich.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Name der Mutter:

Sorgeberechtigt:

Name des Vaters:

Sorgeberechtigt:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Krankenkasse:

Wir versichern, dass das o.g. Kind in der angegebenen Krankenversicherung versichert ist. Stellt sich eine Falschangabe heraus, berechtigen wir die Praxis zur Berechnung aller Leistungen entsprechend der gültigen EBM/GOÄ mit dem Faktor 2,3.

Im Rahmen von U-Untersuchungen/Vorsorgeterminen, Impfterminen, Beratungsgesprächen und weiterführenden Diagnostikterminen bestellen wir Sie zeitgenau und exklusiv ein und arbeiten mit längeren Terminvorläufen, um Ihnen die bestmögliche individuelle Betreuung zu gewährleisten. Kurzfristig abgesagte Termine können nicht neu vergeben werden, entsprechend sind verbindliche Terminvereinbarungen notwendig. Für den Fall, dass entsprechend vereinbarte und reservierte Termine seitens der/des Patient*in nicht wahrgenommen werden, ist die/der Patient*in bzw. ihre/seine gesetzlichen Vertreter*in nach §§93, 296 BGB im Annahmeverzug und nach §615 BGB verpflichtet, die vereinbarte Vergütung zu leisten. Weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung oder Beihilfe übernehmen die Kosten für das 'Ausfallhonorar'. Die/der Patient*in bzw. ihre/seine gesetzlichen Vertreter*in hat die entsprechenden Kosten selbst zu tragen.

Versäumt die/der Patient*in einen vereinbarten Termin, ohne spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn mittels persönlichen Kontakts per Telefon oder in Textform abzusagen, so wird ein Ausfallhonorar entsprechend der EBM/GOÄ in Rechnung gestellt.

Hannover, der _____, 20____