

Behandlungsvertrag

zwischen _____
Name, Vorname geb. am _____

wohnhaft _____
Straße PLZ Wohnort _____

als gesetzlicher Vertreter von _____
Patientenname, geb. am _____

wohnhaft _____
Straße PLZ Wohnort _____

und der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Britta Binz, Heidestr. 137, 42549 Velbert

Für das Honorar gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung.

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Praxisleistungen verpflichtet.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass Informationen mit der PVK und der Beihilfe der Stadt/des Landes/des Bundes ausgetauscht werden können – auch per Email oder Fax.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Bei Unterschrift eines Sorgeberechtigten wird das Einverständnis des anderen vorausgesetzt!