

Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um unsere Zusammenarbeit so klar wie möglich zu halten und dabei den bürokratischen Aufwand so gering wie nötig, bitte ich Sie, den folgenden Vertrag zu lesen, auszufüllen und unterschrieben an mich per Post oder Fax zurückzusenden.

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer.:

PLZ, Wohnort

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Krankenversicherung:

Bei minderjährigen Patientinnen bzw. Patienten geben Sie bitte den Namen der Person an, bei der / dem das Kind mitversichert ist.

.....

- Als Patientin / Patient in einer privatärztlichen Praxis wünsche ich die Untersuchung / Behandlung durch Frau Dr.med. Ulrike Jené für den andauernden Behandlungszeitraum.
- Mit der Liquidation nach der geltenden GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bin ich einverstanden.
- Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Hochsätze § 5, 12 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und / oder Beihilfestelle es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.
- Mir ist bekannt, dass mir Termine, die nicht 48 Stunden zuvor abgesagt wurden, mit 150,00 € für den Ersttermin bzw. 50,00 € für Folgetermine in Rechnung gestellt werden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Vertrag gelesen habe und mit den Bedingungen einverstanden bin.

Datum Unterschrift

www.praxis-jene.de
Droste-Hülshoff-Straße 32
67549 Worms
Telefon (06241) 97 55 77
Telefax (06241) 97 55 00
Volksbank Alzey-Worms e.G.
IBAN DE50 5509 1200 0066 4130 04
BIC GENODE61AZY

Hinweise zu Praxisorganisation von Dr.med. Ulrike Jené:
Ich reserviere Termine für Sie als Fixtermine. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und ich bin zum vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur mit Zeit möglich.
Übersenden Sie bitte den Vertrag mindestens eine Woche im Voraus als Terminbestätigung.