

# Behandlungsvertrag

Zwischen

Dr. med. Anna Neuberg - meine mobile Kinderärztin

und

Vertragspartner/in/ Zahlungspflichtige/r:

Geb.-Datum:

Strasse/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon/mobil und E-Mail:

Über die kinderärztliche Behandlung von

Patient/in:

Geburtsdatum:

## 1. Vertragsgrundlagen

Die Parteien schließen einen Behandlungsvertrag gemäß §630a BGB über die Durchführung einer kinderärztlichen Behandlung. Der/die Patient/in ist minderjährig; der Behandlungsvertrag kommt zwischen dem/der Vertragspartner/in und Frau Dr. med. Anna Neuberg als Vertrag zugunsten Dritter zustande. Der/die Vertragspartner/in versichert, dass er/sie berechtigt ist, in die Behandlung des minderjährigen Kindes einzuwilligen und alle Erklärungen im Zusammenhang mit dieser Behandlung mit Wirkung für den/die Patient/in abgeben kann.

## 2. Vergütung

Die Behandlung erfolgt auf privatärztlicher Basis und wird nach der Vorgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils geltenden Fassung abgerechnet. Diese sieht Steigerungsfaktoren vor, die abhängig von Schwierigkeit, Zeitaufwand und Ausführungsumständen einer Leistung sind.

Die detaillierten Abrechnungshinweise entnehmen Sie bitte dem Anhang.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Abrechnungshinweise 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. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z.B. Labor) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

### 3. Haftungsausschluss

Ich akzeptiere, dass bei einer Beratung über das Telefon, bei einer Beurteilung von Bildern/ Fotos oder bei einer Videoberatung die Haftung durch Frau Dr. med. Anna Neuberg ausgeschlossen ist, da eine sichere Einschätzung und Beurteilung der Situation und Diagnosestellung nur bei persönlicher Vorstellung sichergestellt werden kann.

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift

Dr. med. Anna Neuberg

Unterschrift Vertragspartner/in / Zahlungspflichtige/r