

# Hautarztpraxis Dr.med. Linda Duhn D.A.L.M.

## Behandlungsvertrag

.....  
Vorname, Name

Geburtsdatum

.....  
PLZ Wohnort

Straße

Hausnummer

.....  
Ggf. Hauptversicherter, Name und Anschrift

.....  
Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Bestätigung gelten nachfolgende Bedingung zur ärztlichen Untersuchung und Behandlung als vereinbart.

1. Sie bestätigen, dass Sie einer Behandlung durch die Ärzte der Hautarztpraxis Frau Dr. Linda Duhn per Video -Sprechstunde wünschen.
2. Die privatärztliche Rechnungsstellung erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung -in der Regel mit dem 2,3 fachen Satz. Unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5 fachen Satz.
3. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler das entsprechend o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.
4. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch die Erstattungsstellen in aller Regel in vollem Umfang erfolgt, aber möglicherweise nicht immer in vollem Umfang erfolgt (zum Beispiel Post B, KVB I-III, Standard- oder Basistarif, Studententarif)
5. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung bereits erbracht wurde.

.....  
Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie uns diesen Behandlungsvertrag rechtzeitig per E-Mail, Fax oder Post zu!

Hautarztpraxis Dr. Linda Duhn  
Ladeburgerstr. 21  
16321 Bernau bei Berlin

[praxis@hautarzt-bernau.de](mailto:praxis@hautarzt-bernau.de)  
Tel. 03338-767336 Telefax 03338-706625  
[www.hautarzt-bernau.de](http://www.hautarzt-bernau.de)