

Behandlungsvertrag



Dr. med. Ulrike Stier
Fachärztin für Orthopädie

Sportmedizin
Chirotherapie
Akupunktur
Osteologie (DVO)
Regenerative Arthrotherapie
Haltungs- u. Bewegungsanalyse
Kinderorthopädie
Ernährungsmedizin

Hessenring 6
61267 Neu-Anspach

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

Fax: _____

e-Mail: _____

Versicherung: _____

Hausarzt: _____

Hiermit wünsche ich für mich, bzw. für....., Geb. Datum.....
die Untersuchung und Behandlung durch Frau Dr. med. Ulrike Stier. Mit der Liquidation
nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) gemäß der Paragraphen 1 bis 12 bin ich
einverstanden.

Ich verpflichte mich, die nach der GOÄ (unter Beachten der Höchstsätze § 12 GOÄ) gestellte
Rechnung umgehend zu begleichen, unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch
gegenüber Versicherungen. Es wird empfohlen, sich im Zweifelsfall vor Beginn einer
speziellen Therapie über den Erstattungsanspruch bei der jeweiligen privaten Krankenkasse
zu erkundigen. Ein Forderungsübergang nach § 86 VVG ist ausgeschlossen.

Gemäß §12 GOÄ wird das Arzthonorar mit Erteilung der Rechnung ohne Abzug sofort fällig.
Spätestens 30 Tage nach Fälligkeit tritt gemäß § 286 III BGB ohne weitere Mahnung Verzug
ein und es fallen Verzugszinsen an. Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

Ort, Datum

Dr. med. Ulrike Stier

Unterschrift Patient(in)

Ich bin mit der Übersendung von Praxisinformationen per Post/ per Fax/ per E-Mail

- einverstanden
- nicht einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Unterschrift Patient(in)