



Dr. med.  
Anna Schnürch

Psychiatrische Privatpraxis  
für Kinder, Jugendliche & Erwachsene

## Behandlungsvertrag

Für Privatpatient\*innen und Selbstzahler\*innen

### Patient\*innendaten:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	

### Versicherung:

Name der Versicherung	
Ggf. Besonderheiten	

- Die/der o.g. Patient\*in teilt ausdrücklich mit, bei der o.g. Versicherung privat krankenversichert zu sein.
- Die/der o.g. Patient\*in teilt ausdrücklich mit, die Behandlung als Selbstzahler\*in durchzuführen.

Zwischen der/dem o.g. Patientin/-en und der **Psychiatrischen Privatpraxis Dr. med. Anna Schnürch** wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Frau Dr. Schnürch verpflichtet sich gegenüber der/dem Patientin/-en zur Erbringung der indizierten fachärztlichen Behandlung. Diese hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht im Einzelfall etwas anderes vereinbart wird. Die/der Patient\*in stimmt mit der Unterschrift dieses Vertrages zu, dass Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal erbracht werden dürfen.

### Vergütung:

Das Honorar für die medizinischen Leistungen wird nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhoben. Jeweilige Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem und/oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung aufgeführt und erläutert.

Die/der Patient\*in bzw. die/der gesetzliche Vertreter\*in verpflichtet sich, die nach der GOÄ oder nach einer im Vorfeld der Behandlung getroffener gesonderter Honorarvereinbarung in Rechnung gestellten Behandlungskosten in vollem Umfang zu

bezahlen, unabhängig davon, ob ein Dritter (bspw. Kostenträger wie die Versicherung) der/dem Patientin/-en den Rechnungsbetrag ganz oder teilweise erstattet. Die Honorarzahlung ist bis maximal vier Wochen nach Rechnungsstellung von der /dem Patientin/-en direkt zu begleichen.

**Hinweise für gesetzlich versicherte Patient\*innen:**

Die/der Patient\*in wird darauf hingewiesen, dass sie/er als gesetzlich Versicherte\*r auf ausdrücklichen und unbeeinflusst gefassten eigenen Wunsch einen privatärztlichen Behandlungsvertrag abschließen kann. Mit Vertragsunterzeichnung sichert die/der Patient\*in zu, als Selbstzahler\*in das gemäß der GOÄ geforderte Honorar für die vereinbarten ärztlichen Leistungen zu erbringen. Sie/er hat Kenntnis über die Möglichkeit der Kostenerstattung nach §13 SGB V und darüber, dass sie/er in diesem Fall die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen zu informieren hat.

**Ausfallhonorar:**

Termine können bis 24 Stunden vorher abgesagt werden, ohne dass Kosten entstehen. Im Falle einer kurzfristigeren Absage oder des Nichterscheinens kann ggf. ein Ausfallhonorar berechnet werden, welches sich in seiner Höhe nach den durch den Ausfall entstandenen Kosten richtet. Mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt die/der Patient\*in, hierüber informiert worden und mit dem Vorgehen einverstanden zu sein.

Ort, Datum	
Unterschrift Patient*in/ gesetzliche*r Vertreter*in	
Unterschrift Praxis Fr. Dr. med. A. Schnürch	