Praxis für Kernspintomographie (MRT) und Computertomographie (CT)

am Alexianer St. Joseph – Krankenhaus Berlin-Weißensee

Gartenstraße 1
13088 Berlin – Weißensee

Dr. med. D. Trautmann/Dr. med. M. Bartels
Fachärzte für Radiologie

Tel.: (030) 92790792
Fax: (030) 92790791

B E H A N D L U N G S V E R T R A G

zwischen

Dr. med. Dietmar Trautmann, Facharzt für Radiologie

und

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße | Hausnummer | PLZ | Wohnort

Telefon-Nr. privat | Telefon-Nr. dienstlich

Name der Privatversicherung O | Zusatzversicherung O | Beihilfe O

Besonderheiten (abweichender Tarif)

Ich wünsche für mich / für meine Ehefrau / für meinen Ehemann / für mein Kind:

Name, Vorname, Geb.-Datum

den Abschluss des Behandlungsvertrages über die Untersuchung und Behandlung durch die Praxis für Kernspintomographie (MRT) am St. Joseph – Krankenhaus.

Mir ist bekannt, dass mir die von der Praxis für Kernspintomographie (MRT) am St. Joseph – Krankenhaus erbrachten Leistungen direkt in Rechnung gestellt werden und sich die Entgelte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) richten.

Mir ist auch bekannt, dass eine Erstattung der Entgelte durch eine private Krankenversicherung, eine Zusatzversicherung, Beihilfestellen oder andere Kostenträger nicht, beziehungsweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Ich habe Kenntnis davon, dass im Zusammenhang mit der Erbringung radiologischer Leistungen beziehungsweise minimalinvasiver therapeutisch-diagnostischer Leistungen erhebliche Sachkosten, z. B. durch den Einsatz von Kontrastmitteln, sonstigen Untersuchungsmaterialien etc. entstehen können, die mir nach der GOÄ ebenfalls in Rechnung gestellt werden.

Unabhängig vom Umfang der Erstattung durch einen Kostenträger bin ich selbst verpflichtet, die mir in Rechnung gestellten Entgelte einschließlich der abgerechneten Sachkosten zu bezahlen.
Der Behandlungsvertrag wird angenommen.

Berlin, _____,

Unterschrift Patient

Unterschrift Dr. med. Dietmar Trautmann