

DR. MED. KAI RAABE
Facharzt für Orthopädie
Ärztliche Osteopathie DAAO
Sportmedizin
Medizinischer Gutachter

Vaßmerstraße 37
21614 Buxtehude
T 04161-8002925
F 04161-8002941

mail@osteopathie-buxtehude.de
www.osteopathie-buxtehude.de

IBAN DE14 5001 0517 5420 3920 50
BIC INGDDEFFXXX

Behandlungsvertrag

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherung/Nr.: _____
Telefon /Mobil: _____
E-Mail: _____
Hausarzt / E-Mail: _____

(Information soll erfolgen)

Ich erkläre, dass es mein Wunsch ist, von Dr. med. Kai Raabe als Privatpatient oder Selbstzahler mit Privatstatus behandelt zu werden.
Die Liquidation erfolgt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Die Honorarforderung wird von mir in voller Höhe beglichen, unabhängig von der Höhe der Rückerstattung durch meine private Krankenkasse bzw. andere Beihilfestellen, die sich an der vorgenannten Rückerstattung beteiligen. Regelhaft wird mindestens der 2,3-fache Satz der GOÄ abgerechnet. Notwendige Laboruntersuchungen werden durch das Labor oder die beauftragte Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt, sofern sie nicht direkt durch die Praxis erbracht werden.
Die Praxis wird als reine Terminpraxis geführt. Die Behandlungstermine sind speziell für Sie reserviert und in der Regel nicht kurzfristig neu zu besetzen. Für nicht wahrgenommene Termine, die nicht 48 Stunden vorher abgesagt werden, gilt ein pauschales Ausfallhonorar von 80,00 Euro als vereinbart.

Buxtehude, den _____ Unterschrift _____
(Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)