



BEHANDLUNGSVERTRAG

.....
Name des Rechnungsempfängers
Eltern des Kindes

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Behandelte Person

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße/Hausnummer

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Telefon dienstl./privat

.....
KV/Beihilfe

.....
Selbstzahler

Hiermit beantrage ich für mich bzw. für die Untersuchung und Behandlung sowie Berechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch Frau Dr. Uta Laukens oder/und Frau Hayn. Mir ist bekannt, dass diese medizinische Leistung bei gesetzlich versicherten Patienten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt wird.

Ich verpflichte mich, dass nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern die Versicherung und/oder Beihilfestellen die Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Mir ist bekannt, dass das von Frau Dr. Laukens/Frau Hayn berechnete Honorar an die Ärzte bzw. die unten genannte Rechnungsstelle zu zahlen ist.

Befreiung von der Schweigepflicht und Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift befreie ich Fr. Dr. Laukens/Frau Hayn für diese und künftige Behandlungen von dessen Schweigepflicht gegenüber MEDAS und erkläre mich mit der Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen, auch medizinischen Daten an die MEDAS GmbH, Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen, Messerschmidtstr. 4, 80992 München einverstanden.

Bei Erziehungsberechtigten gilt diese Erklärung auch für die Behandlungsdaten des Kindes.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen

Dr. med. Uta Laukens und Tania Hayn, Kurfürstendamm 69, 10707 Berlin