

# Behandlungsvereinbarung

zwischen

**Prof. Dr. med. Markus Jüptner**, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Wallstr. 3, 45468 Mülheim, Tel.: 0208/ 47 97 17, Fax: 0208/ 444 3641, E-Mail: Praxis@JueptnerMH.de

und

---

Name, Vorname

geboren am

---

Anschrift

Versicherte in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung können in Deutschland grundsätzlich die sie behandelnden Ärzte frei wählen. Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich die fachärztliche neurologische und/oder psychiatrische Behandlung für notwendig halte und wünsche, dass diese Behandlung durch Prof. Dr. Jüptner übernommen wird.

## Erklärung des Arztes

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

## Abrechnungserläuterungen

Bei gesetzlich Versicherten werden die Kosten der ärztlichen Behandlung von der Krankenkasse übernommen. Bei privat versicherten Patienten oder Selbstzahlern erfolgt die Abrechnung gem. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit einem max. Steigerungssatz von 2,3.

## Nur für privat versicherte Patienten

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Versicherung / Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen können. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z.B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

## Nur für Patienten mit Vorsorgevollmacht oder Betreuung

Als  Bevollmächtigte/r oder  gerichtlich bestellte/r Betreuer/in unterschreibe ich diese Behandlungsvereinbarung stellvertretend:

---

Name, Vorname

Telefon-Nr

---

Anschrift

Mülheim / Ruhr, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, Bevollmächtigte/r, Betreuer/in