

## **Behandlungsvertrag: GOÄ-Behandlung Haarsprechstunde**

Ich wünsche die Durchführung der individuellen Gesundheitsleistungen gemäß Kostenvoranschlag (siehe Anlage). Mir ist bekannt, dass die Leistungen in der Haarsprechstunde keine Krankenkassenleistungen sind. Auch für die Erstattung durch die private Krankenversicherung oder Beihilfestellen kann keine Garantie übernommen werden. Das ärztliche Honorar gemäß GOÄ ist in jedem Fall und unabhängig von Erstattungen fällig.

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung (§3 GOÄ) und verpflichte mich zur Zahlung des fälligen Honorars. Ich stimme der besprochenen Leistung durch die behandelnden Ärzte zu.

Betrag: 150 Euro

Name, Vorname:.....

Adresse:.....

Berlin, den.....Unterschrift des Patienten.....

Berlin, den.....Unterschrift des Arztes.....

---

**Bitte sagen Sie Termine mindestens 1 Tag vorher ab (Tel. Nr. 823 40 24); bei unentschuldigtem Nichterscheinen verpflichte ich mich zu einer Zahlung von 50€ Ausfallgebühr.**