**Zusatzvertrag für Privatpatient\*innen und Selbstzahler\*innen**

**Patient\*innenname:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Kostenträger:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Versichertennummer:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Als Sorgeberechtigte\*r bzw. volljährige\*r Patient\*in wünschen wir die Untersuchung und Behandlung unseres Kindes bzw. wünsche ich die Untersuchung und Behandlung durch Herrn Dr. Patrick Boldt, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) sind wir bzw. bin ich einverstanden. Wir verpflichten uns bzw. ich verpflichte mich das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ und dem möglichen Ansatz von Analogleistungen § 6 GOA) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Leistungen durch Dritte werden von diesen unmittelbar berechnet (§ 4 Abs. 5 GOÄ). Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ wurde uns bzw. mir gegeben. Im Übrigen gelten die Bedingungen aus den übrigen Behandlungsunterlagen.

Uns bzw. mir ist bekannt, dass die Rechnung nach 14 Tagen zur Zahlung fällig ist.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift der/des Patient\*in**

**ee**

**Unterschrift einer sorgeberechtigten Person**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift einer weiteren sorgeberechtigten Person**