



Praxis für Prävention

Innere- und Allgemeinmedizin

Behandlungsvertrag

Patient Name, Vorname: _____

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und die Kosten auch nicht teilweise von ihr übernommen oder erstattet werden. Die Arztrechnung ist mit den unten angegebenen Kosten von mir selbst zu tragen. Diese Vereinbarung schließe ich freiwillig und auf meinen ausdrücklichen Wunsch ab. Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten. Ich wurde über die Untersuchung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen dazu.

Art der Behandlung	GOÄ	Faktor	Kosten	
Reiseimpfberatung	A3	2,3	20,11 €	
Impfung	375	1,715	8,00 €	
Zusatzimpfung	377	1,715	5,00 €	

Frankfurt, den _____

Unterschrift Arzt _____

Unterschrift Patient _____