

Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen

.....
Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten

.....
Name des Erziehungsberechtigten

.....
Anschrift

und

Dr. med. Peter Liffler
Fasanenweg 19, 23769 Fehmarn OT Petersdorf

über eine Einzelberatung:

	Leistungen	GOÄ-Ziffer	Satz	Euro
1	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung (20 bis 40 Minuten)	3	2,3 – 3,5	20.11 – 43.70

*Die Leistungen werden im Wege einer Online-Sprechstunde nach jeweils vorheriger Absprache erbracht. Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eventuelle Einschränkungen der Krankenversicherung können nicht berücksichtigt werden.

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patient:innen:
der/des Sorgeberechtigten)

Dr. med. Peter Liffler

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

Unterschrift des Vertreters