

**Radiologisches Zentrum Burgenlandkreis**

Dr. med. U. Schaumlöffel-Schulze, Dr. med. T. Becker,  
Dr. med. H. Bergert, Dr. medic O.- I. Rosoaga

06618 Naumburg, Kössener Straße 30, Tel. 03445-71490  
06712 Zeitz, Am Herrmannschacht 8, Tel. 03441-639980  
06667 Weißenfels, Selauer Straße 5, Tel. 03443-302151



## **Behandlungsvertrag Privatpatient / Selbstzahler**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

In der Regel sind Sie bei Ihrer Privaten Krankenversicherung mit dem Normaltarif oder einem Sondertarif (Basistarif oder Standardtarif) versichert.

**Normaltarif**

**Basistarif**

**Standardtarif**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift kommt zwischen Ihnen und dem Radiologischen Zentrum Burgenlandkreis ein Behandlungsvertrag über radiologische Leistungen zustande. Für diesen Vertrag gelten nachfolgende Bedingungen als vereinbart:

1. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung und der Empfehlung der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz.  
**Für technische Leistungen in der Regel bis zum 1,8-fachen Satz und unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 2,5-fachen Satz.** Abweichende Beihilfebestimmungen oder Versicherungstarife können leider nicht berücksichtigt werden.
2. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar entsprechend der unter Punkt 1. genannten Richtlinien zu zahlen.
3. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Versicherungsträger möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.
4. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht rückwirkend, soweit die Leistung durch das Radiologische Zentrum Burgenlandkreis bereits erbracht wurde.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ausreichend Zeit hatten, diesen Vertrag zu lesen und dieser Ihnen verständlich ist. Weiterhin erklären Sie verbindlich, eine Privatbehandlung zu wünschen.

---

Datum

---

Unterschrift Patient(in)

## **Bei Untersuchungen von Kindern privat versicherter Patienten:**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter (HV): \_\_\_\_\_  
(HV = Hauptversicherter)

Telefonnummer (HV): \_\_\_\_\_  
(HV = Hauptversicherter)

E-Mail-Adresse (HV): \_\_\_\_\_  
(HV = Hauptversicherter)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_