

## Behandlungsvertrag zwischen Dr. Silja Schäfer und privat versicherten und selbstzahlenden Patient:innen

---

Name, Vorname (behandelte Person)

---

Geburtsdatum

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Telefonnummer tagsüber

---

E-Mail

---

Name der Krankenversicherung

---

Beruf

---

Versicherte Person / Rechnungsempfänger:in (falls von obigen Daten abweichend)

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

### Einwilligungserklärung zum Behandlungsvertrag

Meine Untersuchung und Behandlung erfolgt durch Frau Dr. Schäfer und ihr qualifiziertes Praxisteam. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte (GOÄ).

Etwaige Beträge, die von meiner Versicherung bzw. Beihilfestelle nicht übernommen werden, weil sie z.B. nicht Bestandteil des Regelleistungskataloges sind, trage ich selbst.

Einige Leistungen werden mit einem Steigerungsfaktor bis zum 5.0-fachen Satz angesetzt, da ein erhöhter diagnostischer oder beratender Aufwand erforderlich ist. Beratungen und Anfragen per E-Mail werden abgerechnet. Kostenvoranschläge beziehen sich auf die reine Ernährungsberatung und nicht auf die zusätzlich entstehenden Kosten durch ergänzende Angebote und Beratungen.

Direktkäufe (z. B. Nahrungsergänzungsmittel oder Bücher) bezahle ich vor Ort per EC-Karte. Rechnungen über Behandlungsleistungen überweise ich nach Erhalt innerhalb der angegebenen Frist. Mir ist bekannt, dass die Überschreitung dieser Frist Verzug gemäß §286 BGB eintritt und Mahngebühren entstehen.

Sollte ich einen Termin nicht wahrnehmen können, sage ich diesen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich ab, damit der Termin anderweitig vergeben werden kann. Bei kurzfristiger Absage aus gesundheitlichen Gründen reiche ich ein ärztliches Attest ein. Mir ist bekannt, dass äußere Umstände wie schlechte Witterung oder Verkehrsstörungen keinen anerkannten Absagegrund darstellen. Erfolgt keine rechtzeitige oder begründete Absage, übernehme ich die Kosten für das ausgefallene Honorar in vollem Umfang.

Ich erkläre mich mit dem beschriebenen Vorgehen einverstanden. Alle offenen Fragen wurden mir beantwortet.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift Patient:in / gesetzl. Vertretung

---

Unterschrift Dr. Silja Schäfer