



Lothar Ortmann

Facharzt für innere Medizin
und Allgemeinmedizin

Beratungs - und Behandlungsvertrag

zwischen

Name, Vorname (Patient/Patientin)

und Lothar Ortmann, Facharzt für innere Medizin und Allgemeinmedizin

1. Ich wünsche eine privatärztliche Beratung und Behandlung durch Herrn Lothar Ortmann.

2. Mir ist bekannt, dass ich die vereinbarten und erbrachten ärztlichen Leistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) zu bezahlen habe, da die Leistungen ausdrücklich von mir gewünscht werden.

3. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

4. Über die Geschäftsbedingungen der Praxis Lothar Ortmann bin ich ausreichend informiert und habe diesbezüglich keine weiteren Fragen.

5. Insbesondere wurden mir die entstehenden Kosten erläutert und ich wurde darauf hingewiesen, dass ich auch bei Nichterstattung der erstellten Rechnung durch meine Krankenversicherung /sonstige Versicherung gegenüber meinem Vertragspartner /dem Leistungserbringer vollumfänglich zahlungspflichtig bin.

Porta Westfalica, den

Unterschrift