



Urologie am Hochrhein

Dr. med. Martin Fügen
Dr. med. Gerhard Walz
Dr. med. Axel Röpke
Dr. med. Christoph Holwegler
Dr. med. Patrick Hoffmann
Dr. med. Gaby Fügen (angest.)

Behandlungsvertrag

Ich möchte von

Herrn Dr. M. Fügen, Dr. G. Walz, Dr. A. Röpke, Dr. C. Holwegler, Dr. P. Hoffmann

ärztlich beraten und behandelt werden, und zwar zu folgendem
Behandlungskomplex:

**Leistung: Samenleiterunterbindung beidseits zur Empfängnisregelung
Kosten ca. 450,- € nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

Ich erkläre dazu, dass es mein Wunsch ist, von der Praxis Dres. Fügen/ Walz/
Röpke/ Holwegler/ Hoffmann die vorgenannten Leistungen auf privater
Abrechnungsbasis zu erhalten.

Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht (zwingend) notwendig i. S. d. Gesetzes
(§ 12 SGB V, §24 SG V).

Leistungen zur Sterilisation im Rahmen der Empfängnisregelung dürfen nicht zu
Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden (SGB V).

Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, die für die gewünschte privatärztliche
Behandlung anfallen, auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
berechnet werden (Steigerungssatz: max. 2,3-fach), in speziell zu begründenden
Fällen 3,5 -fach.

Abschließend erkläre ich, dass ich in Kenntnis des Vorgenannten auf jeden Fall die
private Behandlung auf der Grundlage dieser Vereinbarung wünsche. Gleichzeitig
erkläre ich, dass keine Umstände vorliegen, die eine freie Willensentscheidung
beeinträchtigen können.

Den o. g. Betrag bitten wir zum Eingriff mit Karte oder bar zu begleichen.

Die Behandlung beginnt mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung.

_____, den _____

(Unterschrift des Patienten)