



## Vereinbarung über die fachärztliche Behandlung

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*geboren am*

\_\_\_\_\_  
*Anschrift*

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich die fachärztliche (neurologische und/ oder psychiatrische) Behandlung für notwendig halte und wünsche, dass diese Behandlung durch Prof. Dr. Jüptner übernommen wird. Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung.

Bei **gesetzlich Versicherten** werden die Kosten der ärztlichen Behandlung von der Krankenkasse übernommen.

Bei **privat versicherten Patienten** erfolgt die Abrechnung gem. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) i.d.R. mit einem max. Steigerungssatz von 2,3. Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich die gesamten privatärztlichen Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin darüber informiert, dass die Versicherung / Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen können. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z.B. Radiologe, Laborarzt) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

### Nur für Patienten mit Vorsorgevollmacht oder Betreuung

Als  Bevollmächtigte/r oder  gerichtlich bestellte/r Betreuer/in unterschreibe ich diese Einverständniserklärung stellvertretend für die/den o.g. Patient/in:

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Telefon-Nr*

\_\_\_\_\_  
*Anschrift*

Mülheim / Ruhr, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Patient/in, Bevollmächtigte/r, Betreuer/in*