



## Patientenangaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

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

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Dr. med. Sven Georgi**

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Naturheilkunde und Akupunktur  
Ernährungsmedizin  
Schwerpunkt Biologische Medizin  
(Universität Mailand)

**Dr. med. Thomas Fiedler, MBA**

Facharzt für Innere Medizin  
Hausärztliche Versorgung  
Orthomolekulare Medizin  
Schwerpunkt Präventionsmedizin

## Hinweise zur Abrechnung:

Vertragspartner für ärztliche Leistungen, die entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden, ist die Gemeinschaftspraxis Dres. Georgi & Fiedler.

Wir weisen darauf hin, dass eine Kostenerstattung durch die gesetzliche und/oder private Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle möglicherweise nicht erfolgt. Dies hängt mit den unterschiedlichen Versicherungsbedingungen und Versicherungstarifen der einzelnen Krankenversicherungen zusammen. Die Gemeinschaftspraxis Dres. Georgi & Fiedler kann bezüglich der Erstattungsfähigkeit Ihrer Leistungen keine Zusage machen. Es obliegt dem Versicherten, sich ggf. vor der Behandlung bei seiner Krankenkasse oder Beihilfestelle eine Kostenübernahmeerklärung einzuholen.

Vor diesem Hintergrund erfolgt die Abrechnung der Leistungen jeweils entsprechend den Bestimmungen der GOÄ, soweit es sich um ärztliche Leistungen handelt.

Wir weisen darauf hin, dass wir nach einem Bestellsystem arbeiten und nicht rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin) abgesagte Termine nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Die Aufwandsentschädigung beträgt mindestens EUR 120 € pro Termin (auch Telefontermine), wenn nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin dieser abgesagt wird.

Bitte beachten Sie, dass wir uns bei **individuellen E-Mail-Anfragen** im Rahmen unserer ganzheitlichen Sprechstunde erlauben, eine **Bearbeitungsgebühr von 10–30 €**, je nach Aufwand, Ihnen in Rechnung zu stellen. Jedoch möchten wir darauf hinweisen, dass in den **FAQ's** auf unserer Website Antworten auf die meisten Fragen zu finden sind.



## Hinweis für gesetzlich-versicherte Patient/innen:

Gesetzlich versicherten Patient/innen ist es jederzeit möglich, einen ambulanten Behandlungstermin in der Praxis zu vereinbaren.

In unserer Praxis bieten wir aufgrund unseres Behandlungsspektrums, das nicht Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung ist, spezielle Selbstzahler-Sprechstunden außerhalb unserer Sprechstunden für gesetzlich versicherte Patient/innen an. Wünscht ein/e gesetzlich versicherte/r Patient/in einen Termin in dieser Selbstzahler-Sprechstunde, weisen wir darauf hin, dass diese Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden.

Die **Selbstzahler-Sprechstunde** ist derzeit nur bei unseren angestellten Ärzten/Ärztinnen buchbar und wird mit **140 € pro Termin (auch Telefontermin)** in Rechnung gestellt.

## Hinweis für privat versicherte Patient/innen:

Die Kosten der Privatärztlichen-Sprechstunde betragen ca. 200 € – 350 € pro Termin (auch Telefontermine). Der Patient / die Patientin bezahlt in jedem Fall den vollen Preis der Behandlung, auch wenn die private Krankenversicherung oder Beihilfestelle nicht den vollen Umfang unserer Liquidation vergütet. Im Rahmen der privatärztlichen Abrechnung behalten wir uns vor, bis zum **5,0 /fachen Satz der GOÄ** zu steigern.

Bitte setzen Sie sich ggf. vor Inanspruchnahme unserer Leistungen mit Ihrer privaten Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle in Verbindung. Einen **Kostenvoranschlag** bekommen Sie gegebenenfalls auf Wunsch ausgehändigt. Sie können so mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle klären, in welchem Umfang die Behandlungskosten übernommen werden oder nicht. Auch bei privat versicherten Patient/innen ist es nicht ausgeschlossen, dass einzelne Leistungen von den Krankenkassen und/oder Beihilfestellen nicht erstattet werden.

Gerichtsstand ist Berlin.

Ich bin mit der Behandlungsvereinbarung einverstanden und habe die vorstehenden Hinweise zur Abrechnung zur Kenntnis genommen.

Ort: .....

Datum: .....

Unterschrift Patient/in: .....

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bei minderjährigen bzw. des Vormunds bei

pflegebedürftigen Patient/innen: .....

Bitte geben Sie diesen ausgefüllten und unterschriebenen Behandlungsvertrag am Empfang ab oder senden Sie diesen an [praxis@georgi-fiedler.de](mailto:praxis@georgi-fiedler.de)