



Dr. Jürgen A. Strack
Facharzt für Anästhesiologie
-Spezielle Schmerztherapie-

61130 Nidderau, Leopold-Wertheimer-Str. 8
 Tel: (0172) 942 0476
 Fax: (06405) 950 922
 e-mail: info@narkose-schmerztherapie.de

Behandlungsvertrag zwischen

Dr. Jürgen A. Strack
 (Behandler)
 und

.....
 Patient (ggf. ges. Vertreter) : Name, Vorname / Geb.Datum / Wohnort

Gegenstand ist die Durchführung einer Narkose auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten / der Eltern und als ausschließliche Privatleistung zu nachfolgend genannten Eingriff:

.....
 (OP-Datum / Operation / OP-Praxis / Patient-Name wenn minderjährig)

Die Narkose wird von dem Behandler nach dem Stand der ärztlichen Kunst durchgeführt.

 () **Pauschalbetrag für Selbstzahler bei Operationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne Anspruch auf Erstattung der Narkose durch die GKV.**

Das Honorar beträgt für die erste Stunde
Beatmungsnarkose (ITN) : 290,00 € (zweihundertneunzig), jede weitere Stunde 200,00 € (zweihundert) bzw. 30 min.
Sedierung (s.g. Dämmerschlaf) 160,00 € (einhundersechzig), jede weitere 30 min 100,00 € (einhundert).

Ab der 2. Stunde zuzüglich 20,00 Euro/h (zwanzig) pauschal für den Material- und Medikamenteneinsatz.
 Der Berechnungszeitraum beginnt mit Aufnahme in den OP bis 30 min.nach Entlassung aus dem OP.

Auf Wunsch des Behandlers ist das Honorar auch am Operationstag nach dem Eingriff zu entrichten.

Fall Sie eine Abrechnung über eine private Zusatzversicherung beabsichtigen, empfehle ich dieses im Vorfeld zu klären.
 Dann ist eine Rechnungsstellung nach der Gebühren Ordnung (GOÄ) erforderlich

 () **Abrechnung nach GOÄ (s.o.) für private operative Zusatzleistungen außerhalb der GKV (s.o.) oder Versicherte einer privaten Krankenversicherung (PKV), einschließlich Anhebung auf den Faktor 3,5.**

 Im Falle des Nichterscheinens des Patienten zum vereinbarten Termin verpflichtet sich der Patient eine Ausfallpauschale in Höhe von 200,00 Euro (zweihundert) an den Behandler zu entrichten.

 Mit seiner Unterschrift erklärt sich der Patient /ges. Vertreter mit den o.g. Vereinbarungen einverstanden.

....., den

..... Patient /Eltern

Den Vertrag vorab an die o.g. Fax- oder e-mail -Adresse senden, nicht auf dem Postweg!!!
 Das Original in der Behandlungspraxis hinterlegen oder am OP-Tag mitbringen.