



Dr. med. Charlotte Blessing Hautärztin

Allergologie

Venenheilkunde Psychotherapie

Hirschstraße 1 * 72764 Reutlingen

Telefon 07121/ 34 67 43

Fax 07121/ 33 79 77

Behandlungsvertrag

Nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird zwischen , _____ , _____
geb _____ und der behandelnden Ärztin Frau Dr. med. Charlotte Blessing/Frau Dr. med.
Ellen Ralf/Frau Dr. med. univ. Zineb Bih folgende Vereinbarung getroffen bzw. folgende
Angaben bestätigt:

Ich bin bei der _____ krankenversichert.

Mein Tarif ist (bitte ankreuzen und Abrechnungsfaktor z.B. 1,8 angeben)

- Normaltarif
- Studentisch
- Basistarif
- Standardtarif
- Postbeamtenkrankenkasse B

Die Rechnung soll geschickt werden an (bitte ankreuzen):

- Mich selbst
- Folgenden Rechnungsempfänger:

• Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße/Hnr.: _____

Mir ist bekannt, dass manche Leistungen (z.B. Arztbriefe) nicht oder nur teilweise von der privaten
Krankenversicherung erstattet werden. Dies hat jedoch keine Auswirkung auf die Zahlungsverpflichtung
innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum.

Ich bitte dennoch um Erstellung und Zusendung eines ärztlichen Berichtes an:

Dr. med. _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße/Hnr.: _____

- Nur an obigen Arzt
- Nur an mich
- Sowohl an obigen Arzt, wie auch an mich
- Es soll kein ärztlicher Bericht erstellt werden.

Reutlingen, den 26.02.2024

(Unterschrift Patient/-in
Bzw Erziehungsberechtigter)

(Unterschrift Arzt/Ärztin)