

Behandlungsvertrag Schön Klinik München Sonnenstraße  
Medizinisches Versorgungszentrum GmbH

**Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen**

Zwischen

Name: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**und dem Medizinischen Versorgungszentrum der Schön Klinik Sonnenstraße GmbH**

wird vereinbart:

Der Patient/die Patientin wünscht die ambulante ärztliche Behandlung in der oben bezeichneten Institution.

Die privatärztlichen Leistungen werden nach der jeweils geltenden Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Für die Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen besteht **kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz**. Der Behandlungsvertrag kommt direkt mit dem Patienten/der Patientin zustande. Der Patient/die Patientin ist als Vertragspartner/-in mithin zur Entrichtung des Entgelts selbst verpflichtet.

**Mit der Unterschrift erklärt der Patient/die Patientin, dass er/sie die ambulante privatärztliche Behandlung durch das Medizinische Versorgungszentrum der Schön Klinik München Sonnenstrasse wünscht und sich insofern hiermit zur Entrichtung der Vergütung dieser privatärztlichen Leistungen nach GÖÄ ungeachtet einer Übernahme oder einer Zuzahlung durch Dritte selbst verpflichtet.**

Der Patient/die Patientin ist darüber informiert, dass sofern das Medizinische Versorgungszentrum der Schön Klinik München Sonnenstrasse ihn/sie zur Durchführung zusätzlich notwendiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen an eine andere Privatambulanz bzw. an einen anderen ambulant tätigen Arzt überweist, dass deren bzw. dessen Leistungen zusätzlich und gesondert in Rechnung gestellt werden.

Der Patient/die Patientin hat von den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum GmbH einschließlich der Hausordnung und den datenschutzrechtlichen Informationen für Patienten, die in der Patientenaufnahme einsehbar sind, Kenntnis genommen und erklärt, dass er die datenschutzrechtlichen Informationen verstanden hat.

München, den

\_\_\_\_\_  
Patient/Patientin

Ich handle als Vertreter des Patienten/der Patientin und bin hierzu bevollmächtigt:

.....  
Unterschrift des Vertreters

.....  
Name des Vertreters (Blockschrift)