

# C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26  
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50  
Fax: 0221 – 16 99 60 49

[info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## GOÄ

Bitte ausfüllen

### Patientendaten

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb. – Datum: \_\_\_\_\_

### Angehöriger / Rechnungsempfänger

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

### Kostenträger

Versicherung: \_\_\_\_\_ Tarif: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Erklärung

Meine Tochter / Mein Sohn \_\_\_\_\_

Kommt als Privatpatient(in) zur Diagnostik und / oder Behandlung. Mir ist bekannt, dass mir die Behandlung persönlich auf Basis der für die Liquidation privatärztlicher Leistungen maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird.

Dementsprechend verpflichte ich mich, unabhängig von der Höhe der Rechnungserstattung durch einen Dritten, den Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen, auch wenn Ihr Behandlungstarif eine andere Erstattungshöhe vorsieht. Es wird der facharztspezifische Schwellenwert (2,3-fach) zur Anwendung gebracht.

Köln, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift