



Als Selbstzahler wünsche ich die Untersuchung durch die Gemeinschaftspraxis für bildgebende Diagnostik, Dipl.- Med. Letzel / Dipl.- Med. Jäpelt

Behandlungsvertrag

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____

Untersuchung: _____

Mit einer Liquidation nach GOÄ (amtliche Gebührenordnung Ärzte) bin ich einverstanden. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen.

Nordhausen, den _____ Unterschrift _____