

Dr. med. Fabian Schneider
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Sigmundstr. 19
50739 Köln
Tel.: 0221-8884810

Betreff: **Vertragsbedingung**

Name des Patienten:

Name des Sorgeberechtigten:

Für ärztliche Leistungen wird gemäß GOÄ 1996 der 2,3 fache Satz berechnet.

Hiermit bestätige ich, dass ich damit einverstanden bin, die Rechnung in voller Höhe zu bezahlen.

Ort----- Datum -----

Unterschrift