

BEHANDLUNGSVERTRAG

Für Privatpatienten und IGEL-Selbstzahler

Privatpraxis Rundum Medizin, Dr.med. Antonia Rechenberg

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Zwischen o.g. Patientin/en und der Praxis „Rundum Medizin“, Dr.med. Antonia Rechenberg, Rittergasse 5, 97877 Wertheim, wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Dabei können einige Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchgeführt werden.

Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, Analog GOÄ 96, bzw. GOÄ §6 Abs.2), wobei einige spezielle Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog oder frei bewertet und abgerechnet werden.

Ich teile mit,

- in folgender Versicherung **privat** krankenversichert zu sein: _____
- Ärztliche Leistungen als **Selbstzahler** in Anspruch zu nehmen
- daß eventuell zusätzlich die **Beihilfe** der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich mich in einer Privatpraxis befinde und die Rechnungslegung als Privatrechnung an mich erfolgt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen erstatten die hier erbrachten Leistungen nicht. Einige private Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Unabhängig vom Eintreten der Versicherung oder Beihilfe erkläre ich, die Kosten der von mir gewünschten Behandlung in voller Höhe persönlich zu tragen. Ich bestätige dies auch für Leistungen, die lt. gängiger Meinung nicht als medizinisch notwendig oder anerkannt angesehen werden. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei. Eine Preisliste wurde mir ausgehändigt. Bei der Behandlung stimme ich einem Off-Label-Use von Medikamenten zu; hierüber werde ich jeweils im Einzelfall aufgeklärt. Off-Label-Use bedeutet, dass ein Medikament (arzneilicher Wirkstoff) außerhalb seiner arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt wird.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gespeichert und an Außenstehende nicht ohne ausdrückliche Erlaubnis weitergegeben.

Termine können spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos abgesagt werden. Das danach entstehende Ausfallhonorar orientiert sich an den entstandenen Kosten und entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist.

Datum: _____ Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____