



Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen

Praxis Dr. med. Sabine Hanker

Isenbreite 37, 84543 Winhöring
und

Frau/Herrn.....
Name/Vorname Geb.-Datum

Tel.-Nr. Email
Festnetz oder Mobil

Wohnhaft
Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

- ☐ Der Rechnungsempfänger entspricht dem / der o.g. PatientIn
- ☐ Der Rechnungsempfänger weicht von obigen Angaben ab. Die Rechnung ist zu stellen an:

Frau/Herrn.....
Name/Vorname Geb.-Datum

Tel.-Nr. Email
Festnetz oder Mobil

Wohnhaft
Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

Ich wünsche eine Behandlung auf privatärztlicher Basis durch meine behandelnde Ärztin Frau Dr. med. Sabine Hanker in Anspruch zu nehmen. Auf mich trifft folgende Aussage zu (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ Ich bin privat versichert u./o. beihilfeberechtigt **(1)**
Name meiner privaten Krankenversicherung:
- ☐ Ich bin gesetzlich versichert **(2)**

Erklärung der Ärztin:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der / die PatientIn entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten / Zahlungspflichtigen:

Der Wunsch einer privatärztlichen Behandlung ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen. Meine behandelnde Ärztin hat mich über Folgendes aufgeklärt: die Liquidation erbrachter Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte bis zum 2,3-fachen Satz. Jedoch kann unter besonderen Umständen (z.B. erhöhter Schwierigkeitsgrad, erhöhter zeitlicher Aufwand, besonderem Krankheitsfall) auch bis zum 3,5-fachen Satz gesteigert

werden. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

Folgendes, bezogen auf meinen oben angegebenen Versicherungsstatus, habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert. Ich hatte ausreichend Zeit, mir darüber Gedanken zu machen und eventuell offene Fragen zu klären:

Zu (1) privat versichert u./o. beihilfeberechtigt

Die von mir gewünschten Behandlungsleistungen werden von meiner behandelnden Ärztin nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Leistungen, für welche die geltende GOÄ keine eigene Gebührensatznummer vorgesehen hat, werden über eine der Art und Umfang entsprechenden Gebührensatznummer analog liquidiert. Ich bin mir bewusst, dass eine Erstattung der durch meine Ärztin erbrachten und liquidierten Leistungen nicht zwangsläufig eine teilweise oder vollständige Erstattung durch meine Versicherung nach sich ziehen muss. Grundlage für die Höhe der Erstattung ist immer mein Versicherungsvertrag. Über die voraussichtliche Höhe der Behandlungskosten wurde ich von meiner Ärztin ausreichend informiert.

Der Ausgleich des Honorars ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch meine Krankenversicherung / Beihilfestelle. Die durch meine Versicherung nicht oder nur anteilig erstatteten Leistungen trage ich in voller Höhe als Selbstzahler.

Das Honorar ist bis spätestens zum vereinbarten Zeitpunkt (Fälligkeitsdatum in der Rechnung) zu bezahlen. Die Rechnungsstellung erfolgt über Frau Dr. med. Hanker.

Zu (2) gesetzlich versichert

Ich bin mir im Klaren darüber, dass die von mir gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (in der gesetzlichen Krankenversicherung) ist. Von meiner behandelnden Ärztin wurde ich darüber aufgeklärt, dass die gewünschte Behandlung nicht mit meiner gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden kann. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise. Die von mir gewünschten Behandlungsleistungen werden von meiner behandelnden Ärztin nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Leistungen, für welche die geltende GOÄ keine eigene Gebührensatznummer vorgesehen hat, werden über eine der Art und Umfang entsprechenden Gebührensatznummer analog liquidiert.

Der Ausgleich des Honorars ist in voller Höhe als Selbstzahler zu tragen. Über die voraussichtliche Höhe der Behandlungskosten wurde ich von meiner Ärztin ausreichend informiert. Das Honorar ist bis spätestens zum vereinbarten Zeitpunkt (Fälligkeitsdatum in der Rechnung) zu bezahlen. Die Rechnungsstellung erfolgt über Frau Dr. med. Hanker.

Zu (1) und (2)

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrags.

Ausfallhonorar: Außerdem wurde ich darüber informiert und erkläre mich damit einverstanden, dass vereinbarte Untersuchungs- und Behandlungstermine bei nicht-Inanspruchnahme meinerseits mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen. Andernfalls ist Frau Dr. Hanker berechtigt, ein Ausfallhonorar entsprechend dem Honorar des versäumten Behandlungstermins zu berechnen, sofern der Termin nicht mehr an andere Patienten vergeben werden kann.

Winhöring, den

.....
Unterschrift PatientIn / Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter

.....
Unterschrift der behandelnden Ärztin (Dr. med. S. Hanker)