

Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen Praxis Dr. med. Stephan Bortfeldt
und

Frau/Herrn
Name/Vorname Geb.-Datum

Tel.-Nr. Privat..... Geschäft..... Mobil

Wohnhaft
Strasse, Haus-Nr. PLZ Wohnort

Ich wünsche optimale Untersuchungen und Behandlungen als Privatpatient(in).

Ich bin mir bewusst, dass diagnostische und/oder therapeutische Leistungen oder Teile solcher Leistungen im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden wollen. Sie müssen aus diesem Grunde auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören. Dennoch werden auch die Kosten für die durch meine Beschwerden bedingten und über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden diagnostischen Untersuchungen und Therapien, wie auch die von mir selbst angeforderten und durchgeführten Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich Gesundheitsoptimierung, Prävention und komplementären Medizin von mir in voller Höhe übernommen.

Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt wie üblich für Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte gemäß §5 Abs. 1-5 GOÄ sowie §6 Abs. 2 bis zum 2,3-fachen Satz. Sie können aber je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

Um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für meine Patienten zu haben, arbeite ich mit der PRIVATÄRZTLICHEN ABRECHNUNGSSTELLE KUBOWITSCH GmbH zusammen. Diese Privatärztliche Dienstleistungseinrichtung wurde für Ärzte gegründet und wird von Ärzten beraten. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Zusätzlich überwacht ein Datenschutzbeauftragter die ordnungsgemäße Anwendung des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ich bitte Sie – mir und allen mitbehandelnden Ärzten – durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die Abrechnungsstelle zu übermitteln. Meine Honorarforderung trete ich an die Abrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle in meinem Auftrag die Rechnung erstellt und die Honorarforderung einzieht.

Der Ausgleich des Honorars ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung/Beihilfestelle.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Laatzen, den
Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r) Unterschrift des Praxisinhabers