

Behandlungsvertrag für Privatpatient*innen

Vor- und Nachname: _____ geb.: _____

Adresse: _____

Tel. Festnetz: _____ Tel. mobil: _____

Emailadresse: _____

Krankenversichert bei: _____

(In der Regel sind Sie bei ihrer privaten Krankenversicherung mit dem Normaltarif versichert. Wurde Ihnen auf Antrag ein Sondertarif (Basistarif oder Standardtarif) bewilligt, muss dieser Tarif durch Vorlage des Schreibens der privaten Krankenkasse bei uns nachgewiesen werden.)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift kommt zwischen Ihnen und Frau Dr. med. Daniela Siegers oder deren Vertreter*in ein Behandlungsvertrag zustande.

Mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung kann Frau Dr. Siegers Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch an dazu befähigtes Assistenzpersonal delegieren.

Für diesen Vertrag gelten nachfolgende Bedingungen als vereinbart:

1. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung und der Empfehlung der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz.

Für technische Leistungen in der Regel bis zum 1,8-fachen Satz und unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 2,5-fachen Satz.

Nach §4 GOÄ wird bei Leistungserbringung durch Dritte (Labor, Pathologie) von diesen eine gesonderte Rechnung gestellt.

2. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Ihre Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt, z.B. wenn diese andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben.

3. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Sie verpflichten sich als Selbstzahler*in, das entsprechend o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen, unabhängig von der Erstattung der Rechnungsbeträge durch ihre Krankenversicherung und/oder der für Sie zuständigen Beihilfestelle.

4. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung bereits erbracht wurde.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ausreichend Zeit hatten, diesen Vertrag zu lesen und dass dieser Ihnen verständlich ist.

Weiterhin erklären Sie verbindlich, eine privatärztliche Behandlung zu wünschen.

Ort, Datum, Unterschrift