

PRIVATÄRZTLICHER BEHANDLUNGSVERTRAG

HONORARVEREINBARUNG

Praxis: Praxis für Prävention und Gesundheitsförderung, Notfallpraxis

Adresse: Alte Landstraße 39, 32108 Bad Salzuflen- Retzen

Telefon: 015777 32 51 53 E-Mail: notfallpraxis@gmx.de

Behandelnde Ärztin: Dr.med (Uni Belgrad) Milena Juskic-Milivojevic

PATIENTENDATEN

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Versicherungsstatus _____

Privat versichert Selbstzahler Beihilfe Sonstiges: _____

§1 Vertragsgrundlage

Der Patient beauftragt die oben genannte Ärztin mit einer privatärztlichen Behandlung. Die Behandlung erfolgt ausschließlich auf privatärztlicher Basis und nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Es entsteht ein unmittelbarer Vergütungsanspruch gegenüber dem Patienten (§630a BGB).

§2 Abrechnung nach GOÄ

Die Abrechnung erfolgt gemäß der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Gebührenhöhe richtet sich nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und medizinischer Notwendigkeit. Die Vergütungspflicht besteht unabhängig von einer Erstattung durch Versicherungen oder Beihilfestellen.

§3 Persönliche Zahlungspflicht

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich Vertragspartner der Ärztin bin und die Behandlungskosten persönlich schulde – unabhängig davon, ob und in welcher Höhe eine Versicherung die Kosten übernimmt.

§4 Selbstzahlerleistungen / Wunschleistungen

Medizinisch nicht notwendige oder ausdrücklich gewünschte Leistungen werden vollständig vom Patienten getragen. Auf Wunsch wird vorab ein Kostenrahmen mitgeteilt.

§5 Zahlungsbedingungen

Rechnungen sind innerhalb von 14 Tagen ohne Abzug zahlbar. Die Praxis kann Vorauszahlungen verlangen oder Leistungen nur gegen Sofortzahlung erbringen. Bei Zahlungsverzug werden Mahngebühren und gesetzliche Verzugszinsen berechnet.

§6 Terminversäumnis / Ausfallhonorar

Bei Absage unter 24 Stunden oder Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar (§615 BGB) berechnet werden.

Ausfallhonorar: 60 €

§7 Datenschutz & Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht wird eingehalten. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß DSGVO. Die Datenschutzerklärung wurde zur Verfügung gestellt.

§8 Einwilligung in die Behandlung

Der Patient wurde über Art, Umfang, Risiken, Alternativen und mögliche Kosten aufgeklärt und willigt in die Behandlung ein.

§9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen unwirksam sein, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Regelungen unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Ärztin