



Behandlungsvertrag für Privatpatienten und Selbstzahler

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenkasse & Beihilfe:

Basistarif: ☐ Ja ☐ Nein (bitte ankreuzen)

Erklärung des Arztes:

Zwischen dem oben genannten Patienten und der Praxis Dr. Janzen, Jahnstr. 13a in 31137 Hildesheim wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen.

Die Praxis Dr. Janzen (Arzt: Dr. Constantin Janzen) verpflichtet sich gegenüber dem Patienten zur Erbringung der medizinischen Behandlung. Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Der Patient stimmt mit der Unterschrift dieses Vertrages zu, dass Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal erbracht werden dürfen.

Einverständnis des Patienten / Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift erkläre ich unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe ausdrücklich, die Kosten der Behandlung in voller Höhe persönlich zu tragen. Die Honorarzahlung ist somit bis maximal vier Wochen nach Rechnungsstellung vom Patienten direkt zu begleichen, auch, wenn eine Kostenerstattung bis dahin noch nicht oder nur teilweise erfolgt ist. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. nordlab – Partnerschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie und MVZ Pathologie Hildesheim Hannover-Zentrum GmbH in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 09.02.1996 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage. Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz.

Datenverarbeitung

Mit der Unterschrift wird die Einwilligung erklärt in

- die im Rahmen der Behandlung notwendige Verarbeitung und die ggf. erforderliche Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne von § 3 Abs. 9 Bundesdatenschutzgesetz an Dritte sowie
- in die Speicherung der Daten für jedenfalls die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Die mit der Unterschrift erklärte vorstehende Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Vorher erhobene und verwendete Daten bleiben hiervon ebenso wie die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten unberührt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient