

Behandlungsvertrag Privatpatienten

mit Einverständnis zur Liquidation über externen Abrechnungsdienst

Volljähriger Patient

Vorname Name, **geb.:** _____

Minderjähriges Kind

Vorname Name, **geb.:** _____

Straße und Hausnummer

PLZ , Ort

Vom Patienten abweichender Rechnungsempfänger

Vorname Name, **geb.:** _____

Straße und Hausnummer

PLZ , Ort

Krankenkasse des Patienten: _____

ggf. Sondertarif: _____ **nein:**

Erklärung des Arztes:

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 Patient/-in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Persönlichen Daten und die Kenntnisnahme der anliegenden Abrechnungserläuterungen. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage.

Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch, daß mir die Möglichkeit zum Erhalt einer Kopie dieses Behandlungsvertrages gegeben wurde.

.....

(Datum und Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen)

.....

(Unterschrift des Arztes)

Abrechnungshinweise

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 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. Da derzeit für viele z. T. neue und /oder sehr zeitaufwändige Leistungen eine Gebührensiffer

Behandlungsvertrag Privatpatienten

mit Einverständnis zur Liquidation über externen Abrechnungsdienst

nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie durch analoge Bewertungen nach § 6, Abds. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann. Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise finanzielle Belastungen zur Folge haben. Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vorneherein auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen:

Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten und Kostenerstattungsfällen**) wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.*

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/(GKV) darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben.

Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderungen gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben:

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.
- Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen.
- Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.

Einverständniserklärung zur Privatliquidation

durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH, Dürrenhofstr. 4, 90402 Nürnberg, Telefon (0911) 92 92 02

Mit der Erstellung der Arztrechnung und dem Inkasso der Honorarforderung durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH in Nürnberg, bin ich als **Volljähriger Patient:** oder

vom Patienten abweichender Rechnungsempfänger: bis auf Widerruf einverstanden.

Soweit hierfür die Übermittlung personen- und behandlungsbezogener Daten an die Verrechnungsstelle für Ärzte erforderlich wird, gebe ich hierzu meine ausdrückliche Zustimmung.

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf dritte Ärzte, die vom behandelnden Arzt konsiliarärztlich hinzugezogen werden. Die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH, Nürnberg unterliegt analog Ihrem Arzt der Schweigepflicht.

Nur zusätzlich ausfüllen, wenn abweichender Rechnungsempfänger gewünscht wird

Ich bin volljährig und vom abweichenden Rechnungsempfänger bevollmächtigt, seine Stammdaten zur Erstellung der Rechnung an die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH zu übermitteln.

Name Bevollmächtigter

Vorname Bevollmächtigter

Geburtsdatum Bevollmächtigter

X

X

Datum

**Unterschrift des volljährigen Patienten oder
abweichender Rechnungsempfänger oder Bevollmächtigter**

Dr. Jörn Heidemann | Theresienhöhe 1 | 50354 Hürth

Praxis für Hand- und Unfallchirurgie