

PATIENTENVERTRAG FÜR PRIVATVERSICHERTE

Erziehungsberechtigter Versicherungsnehmer (des minderjährigen Kindes):

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ Festnetz: _____
Mobil: _____ Email: _____
(bitte leserlich schreiben)

Patient:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Bekannte Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit:	Derzeitige Medikamente:	weitere Angaben:

Name Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV): _____

Haben Sie eine spezielle Tarifart? _____

Ausführung

Die Rechnungslegung erfolgt nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Von der GOÄ '96 abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit einzelner medizinisch notwendiger Leistungen sind nicht maßgebend, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Direktabrechnungen mit Versicherungen oder Beihilfestellen werden nicht vorgenommen.

Möglicherweise entstehende Differenzbeträge zwischen Rechnungshöhe und Erstattungsbetrag durch Versicherungen müssen durch den Patienten selbst ausgeglichen werden. Einzelne GOÄ-Ziffern können je nach Zeitaufwand und Komplexität der medizinischen Leistung bis Faktor 3,5 (nach Begründung) gesteigert werden.

Erklärung des Erziehungsberechtigten

Ich wünsche die Privatbehandlung durch Dr. med. Andrea Nestler und angestellte Kollegen oder einen durch die Praxis ermächtigten Vertreter. Mir ist bekannt, dass ich als Unterzeichner für die entstehenden Kosten und Honorare in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Verzögerung zu begleichen. Veränderungen im Versicherungsverhältnis während der Praxis umgehend mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden, per Brief, Telefon, Mail, SMS usw. z.B. an Vorsorgen oder Termine erinnert zu werden. Ich bin einverstanden, dass mir ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt wird, wenn der Patient einen Termin ohne vorherige Absage (24 Stunden) nicht wahrnimmt.

Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. eine Weitergabe von Behandlungsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Diagnose, Befunde usw.) an mitbehandelnde Ärzte sowie Ärzte, Therapeuten, Gemeinschaftseinrichtungen oder Institutionen, die für die Durchführung notwendiger Untersuchungen (Röntgen, Labor, Gewebeproben usw.), Einschätzungen oder Behandlungen herangezogen werden, stattfinden darf.

Weiterhin willige ich ein, dass die o.g. Behandlungsdaten auch einem weiteren Arzt zugänglich gemacht werden, der die o.g. Ärzte – etwa urlaubsbedingt, in Fällen von Fortbildung oder der Erkrankung – vertritt, in gleicher Weise einem Arzt, der als Partner, Weiterbildungsassistent oder Nachfolger in die Praxis eintritt. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ich entbinde die Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort/ Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten