

PATIENTENVERTRAG FÜR PRIVATVERSICHERTE

Erziehungsberechtigter Versicherungsnehmer (des minderjährigen Kindes):

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Festnetz: _____

Mobil: _____ Email: _____

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV): _____

Woher kennen Sie unsere Praxis?

Internet/ Webseite
Hebamme
Frauenarzt

persönliche Empfehlung
Tageszeitung/ Presse

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 die Ärzte 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 werden der Praxis umgehend mitgeteilt.

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. eine Weitergabe von Behandlungsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Befunde, usw.) an mitbehandelnde 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 der Fortbildung oder der Erkrankung vertritt, in gleicher Weise einem Arzt, der als Partner, Weiterbildungsassistenten oder Nachfolger in der Praxis eintritt. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Ich entbinde die Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift