

Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen der Patientin/ dem Patienten

Patient: Name, Vorname, Geburtsdatum

Zahlungspflichtige/r: Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

Versicherung

Beihilfe

Telefon

Beruf

Email

Hausarzt, Anschrift

und **Prof. Dr. med. Klaus Fritsch, Dr. med. Nicolas Fritsch und Dr. med. Tim Klopfer.**

Zusatzhinweise, bitte verbindlich ankreuzen!

Normaltarif, d.h. keine Versicherungsbesonderheiten bzw. –einschränkungen

KVB I-III Post B

Basistarif Standardtarif § 5b GOÄ

Sonstiges: _____

Im Falle einer **stationären** Behandlung: **1-Bett** **2-Bett** **Chefarztbehandlung**

Erklärung des Arztes:

Die privatärztliche Abrechnung erfolgt nach den Regeln und Grundsätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte, § 5) und unter Beachtung der aktuellen Analog-Bewertungen (BÄK, GOÄ §6, Abs.2), in der jeweils gültigen Fassung. Die Kostenübernahme der ärztlichen Leistungen richten sich nach Ihren Vertragsvereinbarungen mit Ihrer privaten Krankenversicherung. Die Vollständigkeit der Leistungserstattung hängt von dieser Vertragsgestaltung ab und kann von der Praxis nicht garantiert werden.

Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich die **gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang** trage. Ich bin darüber informiert, dass die Krankenkasse/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages unter Umständen teilweise ablehnen kann (z.B. bei Basistarif).

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für die Behandlung - auch von anderen Leistungserbringern (z.B. Laborarzt, etc.) – in Rechnung gestellt werden, übernehme.

GOÄ § 1 Umfang der ärztlichen Leistungen

- (1) Die Leistungen des Arztes umfassen seine persönlichen Leistungen sowie die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte seiner Praxis und des ärztlichen Hintergrunddienstes (Rufbereitschaft ohne dauernde Anwesenheit)
- (2) Der Patient stimmt der Beauftragung von Leistungen anderer Leistungserbringer (z. B. Radiologe, Laborarzt, etc.) durch den Arzt zu. Diese Leistungen werden dem Patienten vom jeweiligen Leistungserbringer gesondert in Rechnung gestellt.

GOÄ § 3 Datenerfassung, -verarbeitung und -weitergabe

- (1) Der Patient hat Kenntnis davon und erklärt sich damit einverstanden, dass im Rahmen der ärztlichen Behandlung Daten über die Person des Patienten, dessen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet, bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen und der ärztlichen Schweigepflicht an Dritte (u. a. externe Abrechnungsstellen und an der Behandlung beteiligte Ärzte, andere medizinische Leistungserbringer) übermittelt werden.

Hiermit wünsche ich für mich die Untersuchung/Behandlung und Berechnung nach GOÄ durch Prof. Dr. med. Klaus Fritsch / Dr. med. Nicolas Fritsch / Dr. med. Tim Klopfer.

Die Kosten der Behandlung sind unabhängig von der Höhe der Wiedererstattung durch die Krankenkasse/Beihilfestelle oder einen anderen Erstatte von mir selbst zu begleichen.

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

Bayreuth, den _____

Arzt

Patient/in oder gesetzlicher Vertreter

Zahlungspflichtige/r