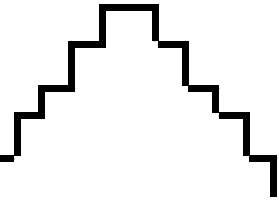


# INTERNISTISCHE PRAXIS AM MARKT

Dres.-T. Röper -W. Gottsleben -M. Köhler -L. Nietfeld -T. Höbbel-Schnell -K. von Hein -D. Reinecke

Fachärzte für Innere Medizin – Kardiologie – Gastroenterologie



## Behandlungsvertrag - Privatpatienten/Selbstzahler:

Zwischen Patient (-in)		und (Arzt)	
Krankenkasse bzw. Kostenträger		Dr. Thomas Röper Dr. Manuela Köhler Dr. Walter Gottsleben	
Name, Vorname	Geb.- datum	Dr. Lars Nietfeld Dr. Tanja Höbbel-Schnell Dr. Katrin von Hein	
Straße + Hausnummer	Postleitzahl + Ort	Dr. Daniel Reinecke	
Telefonnummer/Emailadresse	Datum:	Am Markt 3 * 30989 Gehrden Tel: 05108-2720 Fax 92057	

### wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Der Arzt übernimmt ab \_\_. \_\_. \_\_ die privatärztliche Behandlung der/des. o.g. Patientin/-en. Er erbringt die privatärztliche Behandlung persönlich oder durch einen von ihm beauftragten Vertreter. Die Honorarabrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Vertragspartner (Patient/-in) verpflichtet sich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrags selbst zu tragen. Dem Vertragspartner ist bekannt, dass er zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet ist, unabhängig von seinen Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträger. Es besteht nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und dem Vertragspartner (Patienten), nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen). Das Einverständnis erstreckt sich auch auf weitere Ärzte und Institutionen (Ärzte anderer Disziplinen, Untersuchungsstellen und Laboratorien), soweit diese an der Behandlung und Diagnostik mitwirken müssen und liquidationsberechtigt sind. Auch hier verpflichtet sich der Vertragspartner, die dadurch verursachten Kosten und Honorare unmittelbar zu übernehmen. Die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Unterzeichnungsberechtigten

### Hinweis für Privatpatienten, die eine „Wunsch-Behandlung“ unabhängig von den Beschränkungen ihres Versicherungstarifs verlangen, selbst zahlende Kassenpatienten, Basis- und Standard-Tarif-Versicherte:

Mir ist bekannt, dass ich für meine privatärztliche Behandlung durch einen der oben genannten ÄrztInnen anstelle der vertragsärztlichen Behandlung zu Lasten meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eine privatärztliche Behandlung als Selbstzahler wähle. Ich verpflichte mich, die hierbei anfallende ärztliche Honorarabrechnung zu bezahlen. Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenversicherung nicht bzw. nur in dem Umfang besteht, den die Krankenkasse als Sachleistung zu tragen hätte.

Hiermit bestätige ich, nach § 630 BGB aufgeklärt worden zu sein, dass es sich um eine rein privatärztliche Behandlung handelt. Eine Abrechnung vonseiten des Arztes mit einer gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich. Es ist mir ebenfalls bekannt, dass mir u.U. ein Eigenbehalt aus den Behandlungskosten oder ein vollständiger Selbstbehalt verbleibt, wenn ein Versicherungsschutz zur Erstattung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Unterzeichnungsberechtigten