

Privat-ärztlicher Behandlungsvertrag -ambulant-

Name Patient _____ Vorname Patient _____ Geb. Patient _____

PLZ / Wohnort _____ Adresse Patient _____

Telefonnummer _____ Krankenkasse _____ Beihilfe _____ %

Name des ges. Vertreters _____ Vorname des ges. Vertreters _____ Geb. Datum _____

Adresse des gesetzlichen Vertreters, sofern abweichend _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie den Abschluss eines privat-ärztlichen Behandlungsvertrages.

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen und die geltend gemachte Vergütung erfolgt nach den Ziffern und Steigerungsfaktoren der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**). Alle in der **GOÄ** festgelegten Abrechnungsregeln sind für uns bindend.

Die Steigerungsfaktoren betragen nach **§5 GOÄ** für

- allgemeine Leistungen das 2,3 fache
- technische Leitungen das 1,8 fache des Gebührensatzes.

Bei erhöhtem Aufwand können sich die Sätze erhöhen. Die Steigerungssätze reichen dann mit in der Rechnung ausgewiesener stichwortartiger Begründung bis zu folgenden Faktoren:

- allgemeine Leistungen 3,5 fach
- technische Leistungen 2,5 fach

- Sollten Sie im **Basis-, Standard-, oder Notlagentarif** bzw. bei **KVB I-III** versichert sein und uns vor Behandlungsbeginn einen entsprechenden Nachweis vorlegen, wird dies bei der Erstellung der Rechnung berücksichtigt. Nachträglich vorgelegte Nachweise finden dann nur für die Rechnungserstellung der nachfolgenden ärztlichen Behandlung Anwendung.

- Wir bitten um Verständnis, dass wir **Individualtarife NICHT** berücksichtigen und es deshalb im Einzelfall zu einem von Ihnen selbst zu tragenden Eigenanteil kommen kann.

- Sofern Sie bei der Postbeamtenkrankenkasse privat, nach dem „**Tarif Post B**“ versichert sind, kann es auch hier im Einzelfall zu einem von Ihnen selbst zu tragenden Eigenanteil kommen.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie aufgrund dieses Behandlungsvertrages verpflichtet sind, unabhängig davon, in welcher Höhe Ihre private Krankenversicherung unsere Leistung erstattet, den Rechnungsbetrag vollständig zu begleichen.

Des weiteren bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass die Fälligkeit der Rechnung unabhängig von deren Erstattung durch Krankenversicherung, Zusatzversicherung, Beihilfestellen etc. besteht und deshalb von Ihnen entsprechend dem in der Rechnung angegebenen Zahlungsziel zu begleichen sind.

Für die KVB I-III Versicherten gelten die versicherungsvertraglichen Regelungen.

☐ Der Patient hat eine Kopie des Behandlungsvertrages erhalten.

☐ Der Patient wünscht keine Kopie des Behandlungsvertrages.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient _____

Erstellt von: N. Quings	Geändert von: N. Quings	Freigegeben durch: Dr. med. O. Zolotar
Datum: 10/2021	Datum: 09/2023	Datum: 09/2023