

Behandlungsvertrag für Privatpatienten/ Selbstzahler

zwischen
der **PRIVATPRAXIS FÜR GANZHEITSMEDIZIN**
Dr. med. Christin Gramsch
Seestraße 36, 17429 Seebad Bansin
und
Patient

Name, Vorname (des Patienten)

Geburtsdatum

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern unter 18 Jahren)

Straßen, Hausnummer, Ort, PLZ

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Sehr geehrter Patient, liebe Eltern,
bitte lesen Sie unseren Behandlungsvertrag aufmerksam durch, stellen ggf. Fragen und bestätigen Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.
Ich bemühe mich um kurze Wartezeiten und schnelle Terminvergabe. Somit bin ich auch auf Ihre Zuverlässigkeit beim Einhalten der Termine angewiesen. Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden

vorher ab, ansonsten bin ich berechtigt, ein Ausfallhonorar zu verlangen.

Meine Rechnungsstellung erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ. Dazu verpflichtet mich die Ärztekammer. In der Regel wird der 2,3 fache Satz berechnet, die Erstanamnese und lange Folgetermine werden mit dem 3,5 fachen Satz berechnet. Ganz überwiegend werden meine Rechnungen von den Privatkassen und Beihilfestellen vollständig erstattet. Es kann aber vorkommen, dass einzelne Kassen (bzw. einzelne Sacharbeiter) die Erstattung der ein oder anderen Ziffer (meist aus schwer nachvollziehbaren Gründen) ablehnen. Es fällt auf, dass bei Einspruch der Betroffenen dann meist doch erstattet wird. Es ist mir an dieser Stelle wichtig, Sie darauf hinzuweisen, dass es in Ihrer Verantwortung liegt, die Kostenübernahme mit Ihrer Privatkasse zu klären, wobei ich Sie natürlich mit einem kleinen Attest unterstützen kann. Müssen Laborwerte erhoben werden, werden Ihnen diese gesondert vom Labor in Rechnung gestellt. Nur der Vollständigkeit halber sei hier erwähnt, dass die Vergütung meiner Leistung mit Rechnungsstellung fällig ist und dass Sie sich verpflichten, die Behandlungskosten zu begleichen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit den oben genannten Punkten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Datenschutzrechtlich Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchstabe A) Art. 7 DSGVO

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Arztpraxis Dr. med. Christin Gramsch zu. Außerdem bin ich einverstanden, dass meine Daten an die kooperierenden Labore weitergegeben werden, so dies nötig ist. Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur Datenübermittlung an den Hausarzt oder andere Ärzte, wenn nötig. Ich erkläre mich einverstanden, dass mich die Arztpraxis Dr. Gramsch telefonisch, per Fax und per Mail kontaktieren darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit schriftlich oder per Mail an die Praxis widerrufen darf. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient