

Behandlungsvertrag

Zwischen

Praxis Dreierlei

Dirk Habermann

Im Floscle 21

72218 Wildberg

und

Name, Vorname

Straße, Nr,

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Vertrag

An den geschätzten Patienten,

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass die Einhaltung der Datenschutzgesetze für uns oberste Priorität hat. Bitte beachten Sie, dass wir Ihre persönlichen Daten ausschließlich für die Zwecke der Behandlung, der gesetzlichen Dokumentationspflicht und für Abrechnungszwecke elektronisch aufbewahren

Die Daten unterliegen den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, dass dies gesetzlich vorgeschrieben ist oder der Patient ausdrücklich eingewilligt hat.

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber den privaten Kostenträgern, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienst-leistungsprinzip der GKV) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV / GKV berechtigen den Patienten nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit der Rechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 - III ZR 117/06). Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen. Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamthonorarforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

Unterschrift:_____

Der Patient erhält eine Rechnung nach der Behandlung, die innerhalb von 6 Tagen zu begleichen ist.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder privat oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben:

- * Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.
- * Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle
- * Therapieverfahren übernommen werden.
- * Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen
- * Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben

Bitte beachten Sie auch, dass wir für unsere Behandlung einen Abrechnungsfaktor von 1,3 bis zu 2,3-fachen der Beihilfe verwenden. Dadurch können wir eine optimale Versorgung sicherstellen.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift:_____

Einverständniserklärung zur Nutzung von E-Mail, Textnachrichten und fernmündlichen Gesprächen. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Nutzung von E-Mail, Textnachricht und fernmündlichen Gesprächen als Kommunikationsmittel zwischen mir und Praxis. Ich bin damit einverstanden, dass ich über meine E-Mail-Adresse und/oder meine Telefonnummer kontaktiert werde. Ich verstehe, dass die Nutzung von E-Mail und Telefon als Kommunikationsmittel Risiken birgt, wie z.B. Verzögerungen oder Verlust von Informationen, unbefugter Zugriff auf die übermittelten Daten oder unerwünschte Kontaktaufnahmen durch Dritte. Ich bin mir dieser Risiken bewusst und akzeptiere sie. Ich bestätige, dass ich alle Informationen, die ich in E-Mails oder Telefonaten mit der Praxis teile, freiwillig und ohne Zwang zur Verfügung stelle. Ich bin mir bewusst, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung zur Nutzung von E-Mail und Telefon jederzeit zu widerrufen, indem ich die Praxis darüber schriftlich informiere. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis meine E-Mail-Adresse und Telefonnummer speichert und verwendet, um mich in Bezug auf meine Anfragen und Anliegen zu kontaktieren.

Diese Einverständniserklärung bleibt in Kraft, bis ich sie schriftlich widerrufe oder die Praxis mich darüber informiert, dass sie nicht mehr gültig ist.

Salvatorische Klausel:

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Einverständniserklärung unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Unterschrift:_____

Praxis Dreierlei

Im Flöschle 21
72218 Wildberg
IK 442824852

Kontakt

info@praxis-dreierlei.de
www.praxis-dreierlei.de
Tel: 07054-920 36 60

