

Vereinbarung über privatärztliche Behandlung und Kostenübernahme

zwischen

Dr. med. Damir Smajlovic
Hausarztpraxis Beethovenstraße
Beethovenstraße 6

45739 Oer-Erkenschwick

– nachfolgend „Praxis“ genannt –

und

Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Zahlungspflichtige Person, falls abweichend:

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

1. Privatärztliche Behandlung

Mit der Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen kommt zwischen der zahlungspflichtigen Person und der Praxis ein Behandlungsvertrag zustande. Die Patientin beziehungsweise der Patient erklärt, die vereinbarten privatärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen und die hierfür entstehenden Kosten zu übernehmen.

2. Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte

Die Berechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt nach der **Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – in der jeweils geltenden Fassung**. Soweit selbstständige ärztliche Leistungen nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind, können diese gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog berechnet werden.

Persönliche ärztliche Leistungen werden im Regelfall bis zum **2,3-fachen Gebührensatz**, medizinisch-technische Leistungen der Abschnitte A, E und O im Regelfall bis zum **1,8-fachen Gebührensatz** und Laborleistungen im Regelfall bis zum **1,15-fachen Gebührensatz** berechnet.

Bei einer überdurchschnittlichen Schwierigkeit, einem erhöhten Zeitaufwand oder besonderen Umständen bei der Durchführung kann der jeweilige Steigerungsfaktor innerhalb des gesetzlich zulässigen Gebührenrahmens erhöht werden. Eine Überschreitung des jeweiligen

Schwellenwertes wird in der Rechnung bezogen auf die betreffende Leistung nachvollziehbar begründet.

Eine gegebenenfalls erforderliche abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ muss vor Erbringung der betreffenden Leistung gesondert und schriftlich abgeschlossen werden. Die vorliegende Vereinbarung stellt keine solche abweichende Honorarvereinbarung dar.

3. Versicherungstarife und Kostenerstattung

Die Rechnungsstellung richtet sich ausschließlich nach den gesetzlichen Bestimmungen der GOÄ und nicht nach individuellen Erstattungsbedingungen, Selbstbehalten, Höchsterstattungsbeträgen oder sonstigen Tarifbestimmungen einer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle oder eines anderen Kostenträgers.

Die Prüfung des persönlichen Versicherungsschutzes und der Erstattungsfähigkeit der Leistungen obliegt der Patientin beziehungsweise dem Patienten. Vereinbarungen zwischen der Patientin beziehungsweise dem Patienten und der jeweiligen Versicherung oder Beihilfestelle sind für die Praxis grundsätzlich nicht verbindlich.

Gesetzlich zwingende Sonderregelungen, insbesondere für nachgewiesene Versicherungen im Basis- oder Standardtarif, bleiben unberührt. Ein entsprechender Versicherungsstatus ist der Praxis vor Beginn der Behandlung mitzuteilen und nachzuweisen.

4. Keine Garantie der Kostenerstattung

Die Praxis kann nicht gewährleisten, dass die berechneten Kosten vollständig oder teilweise durch eine private Krankenversicherung, Beihilfestelle oder einen sonstigen Kostenträger erstattet werden.

Eine Ablehnung, Kürzung oder verzögerte Bearbeitung der Kostenerstattung lässt die Zahlungspflicht gegenüber der Praxis unberührt. Dies gilt auch für analog berechnete Leistungen und für Leistungen, deren Erstattungsfähigkeit im individuellen Versicherungstarif eingeschränkt oder ausgeschlossen ist.

Die Praxis ist nicht verpflichtet, ihre medizinisch und gebührenrechtlich ordnungsgemäß erstellte Rechnung an die individuellen Tarifbedingungen des Kostenträgers anzupassen. Gesetzliche Erläuterungs- und Begründungspflichten nach der GOÄ bleiben hiervon unberührt.

5. Leistungen externer Ärzte und Labore

Soweit Untersuchungen oder Behandlungen durch externe, selbst liquidationsberechtigte Ärztinnen, Ärzte, Laborärzte oder sonstige Leistungserbringer durchgeführt werden, können diese ihre Leistungen unmittelbar und gesondert gegenüber der Patientin beziehungsweise dem Patienten abrechnen.

Die hierfür ausgestellten Rechnungen sind nicht Bestandteil der Rechnung der Hausarztpraxis Beethovenstraße und unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer zu begleichen.

6. Fälligkeit und Zahlungsfrist

Die Vergütung wird mit Erteilung einer den Anforderungen des § 12 GOÄ entsprechenden Rechnung fällig. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb der auf der Rechnung angegebenen Zahlungsfrist, regelmäßig innerhalb von **14 Kalendertagen nach Zugang der Rechnung**, ohne Abzug zu bezahlen.

Die Patientin beziehungsweise der Patient ist verpflichtet, die Rechnung innerhalb dieser Frist vollständig zu begleichen – **unabhängig davon, ob und wann eine private Krankenversicherung, Beihilfestelle oder ein sonstiger Kostenträger die Rechnung prüft, erstattet, teilweise erstattet oder eine Erstattung ablehnt.**

Eine noch ausstehende Entscheidung oder Zahlung des Kostenträgers führt weder zu einer Aussetzung noch zu einer Verlängerung der Zahlungsfrist gegenüber der Praxis.

Im Falle des Zahlungsverzuges fallen gesetzliche Verzugszinsen sowie angemessene Mahnkosten beziehungsweise Mahngebühren und gegebenenfalls weitere erforderliche Rechtsverfolgungskosten an.

7. Vereinbarte Untersuchungstermine und Ausfallhonorar

Vereinbarte Untersuchungstermine werden ausschließlich für die Patientin beziehungsweise den Patienten reserviert. Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, ist dieser grundsätzlich spätestens **24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** abzusagen.

Bei einer verspäteten Absage oder bei Nichterscheinen kann ein angemessenes Ausfallhonorar berechnet werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte und kein unverschuldeter Hinderungsgrund vorlag.

Ersparte Aufwendungen oder eine anderweitige Verwendung der frei gewordenen Behandlungszeit werden berücksichtigt. Der Patientin beziehungsweise dem Patienten bleibt der Nachweis gestattet, dass kein oder lediglich ein geringerer Schaden entstanden ist.

8. Behandlung durch andere Praxisärzte oder eine Vertretung

Die Patientin beziehungsweise der Patient ist damit einverstanden, dass die Behandlung neben Herrn Dr. med. Damir Smajlović auch durch andere in der Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte oder durch eine ordnungsgemäß bestellte ärztliche Vertretung durchgeführt werden kann, soweit nicht ausdrücklich eine persönliche Behandlung durch einen bestimmten Arzt vereinbart wurde.

9. Beendigung der Vereinbarung

Diese Vereinbarung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beendet werden. Die Vergütungspflicht für bis zum Zeitpunkt der Beendigung bereits erbrachte, veranlasste oder begonnene Leistungen bleibt bestehen.

Gesetzliche Rechte der Patientin beziehungsweise des Patienten sowie der Praxis bleiben unberührt.

Bestätigung

Mit ihrer beziehungsweise seiner Unterschrift bestätigt die zahlungspflichtige Person,

- ausreichend Gelegenheit gehabt zu haben, diese Vereinbarung zu lesen und Fragen zu stellen,
- die Regelungen zur privatärztlichen Abrechnung und zur eigenen Zahlungspflicht verstanden zu haben,
- darüber informiert worden zu sein, dass eine vollständige Kostenerstattung durch die Versicherung, Beihilfe oder einen sonstigen Kostenträger nicht garantiert werden kann,
- die vereinbarten privatärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient beziehungsweise zahlungspflichtige Person:

Unterschrift Praxis:

Freiwillige Einwilligungen

Diese Einwilligungen sind freiwillig. Ihre Erteilung oder Nichterteilung hat keinen Einfluss auf die medizinische Behandlung. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Rechnungsversand per E-Mail

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mir privatärztliche Rechnungen und damit zusammenhängende Unterlagen an folgende E-Mail-Adresse übermittelt werden:

E-Mail-Adresse: _____

☐ Ich willige ausdrücklich in eine gegebenenfalls unverschlüsselte Übermittlung per E-Mail ein und bin darüber informiert, dass bei einer unverschlüsselten E-Mail-Kommunikation trotz angemessener Schutzmaßnahmen Vertraulichkeitsrisiken nicht vollständig ausgeschlossen werden können.

Datum/Unterschrift: _____

Erinnerungsservice – Recall

☐ Ich bin damit einverstanden, von der Praxis an medizinisch empfohlene Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte Untersuchungs- und Behandlungstermine erinnert zu werden.

Gewünschte Kontaktwege:

☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ SMS ☐ Post

Datum/Unterschrift: _____