

BEHANDLUNGSVERTRAG

für Privatpatienten



zwischen

Herzstück - Eure Kinderarztpraxis
Dr. med. Claus Pflugbeil
Oßwaldstraße 1a
82319 Starnberg

und

Vorname, Name des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Vorname, Name des Rechnungsempfänger: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Versicherung: _____

Erklärung des Arztes: Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistung wird die Patientin/ der Patient entsprechend aufgeklärt.

Einverständniserklärung der/des Patientin/en bzw. des Rechnungsempfängers:

Hiermit erkläre ich, dass mit meiner Unterschrift ein Vertrag zwischen mir und der Praxis Herzstück zustande kommt. Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ). Nach §4 GOÄ wird bei Leistungserbringung durch Dritte (Labor) von diesen eine gesonderte Rechnung gestellt. Abweichende Beihilfebestimmungen oder Versicherungstarife können leider nicht berücksichtigt werden. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Der Rechnungsempfänger verpflichtet sich als Selbstzahler, das entsprechend der o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen/ Versicherungsträger möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung bereits erbracht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Rechnungsempfänger

BITTE WENDEN !

Datenschutzerklärung (bitte ankreuzen)

Patientenakte

- ☐ Ich erkläre mich gemäß der DSGVO damit einverstanden, dass die mich/ mein Kind betreffenden Gesundheitsdaten und personenbezogene Daten zum Zwecke der Bearbeitung meiner Anfrage gespeichert werden

Kommunikation über Whats-Up

- ☐ Ich habe oben stehende Information bezüglich der Unsicherheit einiger Kommunikationswege gelesen und möchte dennoch per E-Mail mit der Kinderarztpraxis Herzstück kommunizieren.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise, jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, den nicht unterzeichnenden zweiten Erziehungsberechtigten zu informieren. Sollte dieser mit dem oben genannten Vorgehen nicht einverstanden sein, bitten wir um umgehende schriftliche Mitteilung.

Ort, Datum

Unterschrift Rechnungsempfänger

Einverständniserklärung Verrechnungsstelle PAS DR. HAMMERL

- ☐ Ich habe die Informationen für Patienten nach Art. 13 DSGVO erhalten (bezüglich der externen Abrechnungsstelle Dr. Hammerl)
- ☐ Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten an PAS. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist meine Einwilligung, vgl. Art 9 Abs.2 Buchstabe a DSGVO. Diese Zustimmung kann jederzeit gegenüber meinem Behandler oder PAS widerrufen werden. Der Widerruf gilt lediglich für die Zukunft, d.h. die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungen bleibt unberührt. Ich bin mit der Weiterabtretung der Forderungen im Rahmen der Refinanzierung an die Commerzbank AG in Frankfurt am Main einverstanden, wobei mir bewusst ist, dass die Bank erforderlichenfalls Einsicht in die Unterlagen nehmen könnte. Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ferner ist mir bekannt, dass mit der Abtretung der Forderungen PAS Forderungsinhaber wird und mein Behandler im Falle eines Rechtsstreits als Zeuge gehört werden kann. Ich entbinde meinen Behandler sowie PAS von der Schweigepflicht, soweit es für die Abtretung, die Rechnungsstellung, den Einzug und die Refinanzierung der Forderungen notwendig ist.

Meine Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Weiterhin bestätige ich, dass ich eine Kopie der Einwilligungserklärung erhalten habe:

Ort, Datum

Unterschrift Rechnungsempfänger