



Behandlungsvertrag

Zwischen dem/der Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (privat/mobil): _____

Krankenkasse/Kostenträger: _____

Hausarzt (Name & Ort): _____

und PD Dr. Timm Greulich, Facharzt für Innere Medizin und Schlafmedizin, als Praxisinhaber der PneumoPraxis-Marburg, Erlenring 19, 35037 Marburg

Grundlage der privatärztlichen Behandlung und Rechnungsstellung ist die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Diese gesetzliche Vorgabe regelt für Ärzte und Krankenkassen den Umfang, die Qualität und die Kosten einer ärztlichen Behandlung. In der GOÄ ist festgelegt, wie medizinisch notwendige Leistungen und „Sachkosten“ in Rechnung zu stellen sind und unter welchen Bedingungen eine Steigerung des Kostenfaktors, z. B. bei besonderem Schwierigkeitsgrad der Untersuchung, möglich und geboten ist.

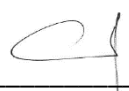
Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Folgendes:

1. Ich wünsche für meine ärztliche Behandlung ausdrücklich die Behandlung für mich als Privatpatient. Die ambulante Behandlung erfolgt durch den Arzt oder dessen Praxisvertreter/in unter Aufrechterhaltung des Liquidationsrechts des Arztes.
2. Ich verpflichte mich, den nach GOÄ korrekt von der Praxis in Rechnung gestellten Betrag vollständig zu überweisen, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe Kostenerstattung seitens meiner Versicherung bzw. Beihilfestelle erfolgt.
3. Ich trage die Kosten für evtl. notwendige Laboruntersuchungen, die durch das MVZ Labordiagnostik Mittelhessen GmbH gesondert in Rechnung gestellt werden.

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter (*)



PD Dr. Timm Greulich

Einwilligung zur externen Abrechnung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Datenweitergabe unter den in der Patienteninformation genannten Bedingungen sowie mit der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH – Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung.

(bitte wenden)



Ich entbinde meine Ärztin / meinen Arzt von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einwilligung kann ich nach Unterzeichnung auf Nachfrage erhalten. Die Patienteninformation wurde mir vor Unterzeichnung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen, verstanden und bestätige den Erhalt mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (*)

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung - unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen - erhoben, verarbeitet und an weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken übermittelt werden dürfen. Ebenso dürfen zum Zweck von Laboruntersuchungen die dafür notwendigen Daten an das MVZ Labordiagnostik Mittelhessen GmbH übermittelt werden.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte/Kliniken.

Persönliche Daten, die durch die Praxis Dr. Schürmann erhoben wurden, dürfen zu meiner Weiterbehandlung verwendet werden.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde.

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Praxis mittels Telefon und Post kontaktieren darf.

Falls eine Kontaktaufnahme auch per E-Mail oder SMS gestattet ist, bitten wir Sie, dies zu kennzeichnen:

E-Mail _____

SMS _____

Die Information zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass vorhandene Aufzeichnungen über meine früheren Behandlungen nicht automatisch gelöscht werden, auch wenn sie älter als zehn Jahre sind.

Sofern nicht anders vereinbart, gilt dieser Behandlungsvertrag für die gesamte Zeit der ärztlichen Behandlung. Die Vereinbarung kann jederzeit schriftlich gekündigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (*)

(*) Ist bei Minderjährigen nur die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten vorhanden, so sichert dieser ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des zweiten Erziehungsberechtigten ebenfalls vorliegt.