



BEHANDLUNGSVERTRAG PRIVATPATIENTEN / SELBSTZAHLER

Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)	Geburtsdatum
Adresse	
Telefonnummer	
Versicherungsträger	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift kommt zwischen Ihnen und der Radiologie am Klinikum Itzehoe ein Behandlungsvertrag über radiologische Leistungen zustande. Für diesen Vertrag gelten nachfolgende Bedingungen als vereinbart:

1. Vereinbarte Untersuchungstermine müssen vom Patienten eingehalten werden. Abgesehen von Notfällen können Termine nur mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls ist die Radiologie berechtigt, ein Ausfallhonorar zu verlangen.
2. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung und den Empfehlungen der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz. Für für technische Leistungen in der Regel bis zum 1,8-fachen Satz und unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 2,5-fachen Satz. Nach § 4 GOÄ wird bei Leistungserbringung durch Dritte (Labor, Pathologie) von diesen eine gesonderte Rechnung gestellt. Abweichende Beihilfebestimmungen oder Versicherungstarife können leider nicht berücksichtigt werden.
3. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler, das entsprechend o. g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.
4. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

5. Auf Wunsch wird dem Patienten ein Kostenvoranschlag für vorgesehene Leistungen erstellt. Dies benötigt jedoch einige Zeit und kann daher nicht direkt an der Anmeldung geschehen.
6. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung durch die Radiologie bereits erbracht wurde.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zugleich, dass Sie ausreichend Zeit hatten, diesen Vertrag zu lesen und Fragen zu stellen, ebenso, dass der Inhalt für Sie verständlich ist. Weiterhin erklären Sie verbindlich, eine Privatbehandlung zu wünschen. Wir weisen darauf hin, dass Duplikate dieses Vertrages zur Mitnahme im Wartezimmer bereit liegen.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient)

Interner Vermerk: Ich habe o.g. Patienten gefragt, ob ein *besonderer Versicherungsstatus* vorliegt und ob der Patient dies durch ein Schreiben der Privaten Krankenkasse nachweisen kann. Als besonderer Versicherungsstatus gilt der „*Basistarif* gemäß § 75 Abs. 3a und 3b SGB V“ bzw. der „*Standardtarif* gemäß § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V“.

Ort, Datum, Unterschrift (Praxismitarbeiter)