



## Behandlungsvertrag

zwischen Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis  
und - BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN -

Name des Patienten:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.-Nr.:

Handy:

E-Mail-Adresse:

Name der privaten Krankenversicherung:

Hauptversicherer/gesetzlicher Vertreter (wenn abweichend zu o. g. Patienten):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine Behandlung im Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel entschieden und gehen als Patient hiermit einen Behandlungsvertrag mit dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis ein, haben aber einen zuständigen Arzt an dem von Ihnen gewählten Standort.

Unsere Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie ist an folgenden Standorten, mit folgenden Ärzten vertreten:

**Unsere Standorte:** Regensburg, München, Landshut, Ingolstadt

**Unsere Ärzte:** Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv.-Doz. Dr. med. George Vlotides und Kollegen.

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 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.

Ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können laut § 6 (2) GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden (Analogziffern).

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (Beihilfestellen o.ä.), trotz medizinischer Notwendigkeit, möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind und kann insbesondere bei medizinisch notwendigen DNA-Analysen der Fall sein. Auf Wunsch wird dem Patienten ein Kostenvoranschlag für vorgesehene Leistungen erstellt.

Wir machen auch darauf aufmerksam, dass die medizinisch notwendige Diagnostik von endokrinologischen Erkrankungen eine umfangreiche Labordiagnostik mit hohem und dementsprechend kostenintensiven Untersuchungsumfang erfordern kann, der über den gewöhnlichen diagnostischen Aufwand, wie er in anderen Praxen betrieben wird, in medizinisch begründeten Einzelfällen hinausgehen kann.

Die Forderungen müssen vom Patienten auch dann voll bezahlt werden, wenn eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in vollem Umfang erfolgt. Hiermit erklärt der Patient ausdrücklich, die Kosten der Behandlung in voller Höhe persönlich zu tragen. Die Honorarzahlung ist somit bis maximal vier Wochen nach Rechnungsstellung vom Patienten direkt zu begleichen.

Spezielle Analysen werden mit Ihrem hierdurch erteilten Einverständnis in anderen Laboren durchgeführt.

Diese Einwilligung besteht aus 2 Seiten. Bitte füllen Sie auch die zweite Seite aus. Vielen Dank.

Mir ist bekannt, dass ich den Behandlungsvertrag jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung bereits erbracht wurde.

Zum Zwecke des Forderungsmanagements können die für die Abrechnung notwendigen Daten an eine externe Abrechnungsstelle und im Fall eines Zahlungsverzugs an ein Inkassobüro übermittelt werden.

Bei Fragen steht Ihnen Ihr Arzt gerne zur Verfügung.

**Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen und bin damit einverstanden.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

**1. Vollmacht bei Minderjährigen ab 15 Jahren (16. Lebensjahr)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

da Sie nicht selbst versichert sind, geht die Rechnung Ihrer Behandlung an den Hauptversicherten/gesetzlichen Vertreter. In der Rechnung sind medizinische Daten enthalten, in die der Hauptversicherte/gesetzliche Vertreter Einsicht bekommt. Hierfür brauchen wir von Ihnen eine schriftliche Einwilligung, ohne die ist eine Behandlung nicht möglich.

Hiermit erteile ich dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie die Einwilligung meine Gesundheitsdaten, Behandlungsdaten (z. B. Diagnosen) sowie Abrechnungsziffern in Form einer Rechnung an den Hauptversicherten/gesetzlichen Vertreter (bitte unten namentlich nennen) zu schicken.

↓ **BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN** – BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN - ↓

**Name, Vorname, Geb.datum:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Anschrift:** \_\_\_\_\_

Regensburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

**2. Auskunft an private Krankenversicherung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es kommt hin und wieder vor, dass Ihre private Krankenversicherung Rückfragen zu einer Rechnung hat. Ohne schriftliche Einwilligung von Ihnen dürfen wir keine Auskunft geben.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie, Informationen bezüglich meiner Rechnungen an meine private Krankenversicherung weitergeben und besprechen darf. (bitte gewünschtes ankreuzen)

Ich stimme der Einwilligung **nicht** zu. Das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie darf keine Auskunft an meine private Krankenversicherung weitergeben. (bitte gewünschtes ankreuzen)

Regensburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter)