



## Achim Prütz

Private Facharztpraxis für Neurologie · Psychiatrie · Psychotherapie · Neuraltherapie

Unterm Heilig Kreuz 9 | 36037 Fulda | T 06 61 / 9 33 83 80

### Behandlungsvertrag zwischen Herrn Achim Prütz und

Frau / Herr \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Name des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_

#### Krankenversicherungszugehörigkeit des Patienten

Private Krankenkasse \_\_\_\_\_

#### Zusatzhinweise - Zutreffendes bitte ankreuzen

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| Beihilfeberechtigung                                    | <input type="radio"/> |
| Post B  | <input type="radio"/> |
| KVB I – III   | <input type="radio"/> |
| KVB IV  | <input type="radio"/> |
| Bundespolizei   | <input type="radio"/> |
| Priv. Studentenkrankensversicherung                     | <input type="radio"/> |
| Standardtarif   | <input type="radio"/> |
| Basistarif  | <input type="radio"/> |
| Notlagentarif   | <input type="radio"/> |
| Selbstzahler  | <input type="radio"/> |
| Zusatzversicherung                                      | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Einschränkungen in Ihrem Versicherungsvertrag | <input type="radio"/> |



Wenn Ja – welche \_\_\_\_\_

#### Erklärung des Arztes

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der / die Patient / in entsprechend aufgeklärt.

Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.



## Rechtsgrundlagen der Abrechnung

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0- und 3,5-fachem Satz.

Falls für eine Untersuchung bzw. Therapie in der GOÄ 96 keine Leistungsnummer angegeben ist, findet § 6 Abs. 2 der GOÄ Anwendung – „Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden“.

Eventuell ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderungen durch die privaten Krankenversicherungen und / oder Beihilfestellen nicht gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleibt.

Mit Erhalt der Rechnung ist die Rechnungssumme sofort fällig. Innerhalb von 30 Tagen entsteht automatisch „Verzug“ (§ 286 Abs. 3 BGB).

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber den privaten Kostenträgern, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip der GKV) abhängig ist.

Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV berechtigen den Patienten nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit der Arztrechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 - III ZR 117/06). Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei un gerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen.

Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamthonorarforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

(Abtretungsverbot ärztlicher Honorarforderung i. S. d. § 399 BGB)

Sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich aus dem zwischen Arzt und den Patienten geschlossenem Behandlungsvertrag ergeben, werden seitens des Patienten nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet, soweit keine anderweitige Vereinbarung vorab getroffen wurde.

Salvatorische Klausel: Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.



**Einverständniserklärung des Patienten / Zahlungspflichtigen**

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung / Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten / Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_

Es wird darauf hingewiesen, dass die Erstattung der vereinbarten Vergütung (je nach Ihrem Versicherungsvertrag) möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang von der Krankenversicherung / Beihilfestelle übernommen werden kann.

Fulda, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_