

PRIVATPRAXIS FÜR INNERE MEDIZIN

Dr. med. Hartmut Köppen
Facharzt für Innere Medizin
Katharinenstr. 1-3, 04109 Leipzig

Tel.: +49 (0) 341-55015656
kontakt@praxiszentrum-leipzig.de
www.praxiszentrum-leipzig.de

Tätigkeitsschwerpunkt Magen/Darmerkrankungen, Proktologie
zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008 Geltungsbereich „Gesamte Praxis“

BEHANDLUNGSVERTRAG

Sie haben sich zur privatärztlichen Behandlung angemeldet. Um Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu beantworten.

Angaben für Privatpatient/innen oder gesetzlich Versicherte/r Selbstzahler/innen.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____

Allergien: _____

Blutverdünner: _____

Privatversichert

gesetzlich Versicherte/r Selbstzahler/in

Ich beauftrage die medizinische Behandlung als Privatpatient/Selbstzahler in der Facharztpraxis Dr. med. Hartmut Köppen, Katharinenstr. 1-3 in 04109 Leipzig.

Die Kosten für die durchgeführten Untersuchungen, Behandlungen und medizinisch-technischen Versorgung werden von mir selbst übernommen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Rechnung (Liquidation) an meine oben angegebene Adresse gesandt wird. Die Liquidation aller privatärztlichen Leistungen wird auf der Grundlage der GOÄ (**G**ebühren**O**rdnung für **Ä**rzt**e**) berechnet. Bei der Kostenerstattung durch eine private Krankenversicherung ist zu erwähnen, dass häufig keine 100%ige Erstattung zu erwarten ist. Bei einigen Krankenkassen wird nur bis zu einem bestimmten Steigerungssatz erstattet. Dies hängt von Ihrem individuell abgeschlossenen Vertrag ab. Wir berechnen unsere privatärztlichen Leistungen nach dem tatsächlichen (zeitlichen und materiellen) Aufwand. Als Konsequenz kann ein Steigerungsfaktor deshalb das 3,5- bis 5Fache des einfachen Gebührensatzes betragen.

Auch kann nicht garantiert werden, dass Leistungen als reine Vorsorgeleistungen abhängig von der Krankenversicherung und dem Tarif erstattet werden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass Erstattungsrichtlinien meiner Versicherung oder Beihilfestelle nicht Maßgabe für die Liquidation sind, da sich die Liquidation allein nach den Vorschriften der Gebührenordnung und den individuellen Behandlungsumständen richtet.
Der Rechnungsbetrag wird nach erfolgter Behandlung fällig, unabhängig von einer Erstattung durch Dritte.

Die moderne Medizin ist in ihren Erkenntnisständen einer ständigen Entwicklung unterworfen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass in unserer Praxis besondere Methoden zur Diagnostik und Therapie zur Anwendung kommen (z.B. Bioresonanztherapie, molekulargenetische Mikrobiomuntersuchung, Quantenresonanztest, Dunkelfeldmikroskopie, Medical Body Detox, IgG4 Antikörpertest etc.), welche zu diesem Zeitpunkt noch nicht schulmedizinisch anerkannt sind. Diese Methoden gehören ebenso wie Homöopathie und Akupunktur zu den besonderen Diagnostik- und Therapierichtungen. Innerhalb der besonderen Diagnostik- und Therapierichtungen sind diese Verfahren anerkannt und bewährt.

Ich erkläre meine Kenntnisnahme darüber, dass die Erfassung, Speicherung, Verarbeitung und die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten nur auf der Grundlage der geltenden Datenschutzbestimmungen erfolgen darf.

Ich bin mit der Weitergabe meiner persönlichen Patientendaten an weiterführende Institute und ggf. deren privatärztliche Abrechnungsstellen zum Zwecke der Rechnungserstellung und Einziehung der Honorarforderungen einverstanden.

Als gesetzlich Versicherter/Selbstzahler ist mir bekannt, dass diese Leistung(en) nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehört/gehören und deshalb die Kosten von ihr auch nicht übernommen oder erstattet werden können.

Wir arbeiten mit Terminbestellsystem: ein vereinbarter Termin ist damit jeweils ausschließlich nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie dringend um frühzeitige Terminabsage per Telefon, E-Mail oder Fax, damit andere Patienten nachrücken können. Bei fest vereinbarten Terminen müssen wir Ihnen das Honorar, welches für die vereinbarte Behandlung angefallen wäre, in Rechnung stellen, wenn Sie nicht bis allerspätestens 24 Stunden vor Beginn des Termins abgesagt haben.

Die von mir angegebenen Daten sind aktuell und richtig.

Ort, Datum

**Unterschrift
Patient/Erziehungsberechtigter**