



BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen Praxis-Episano/ Dr. Ulrike Hollneck,
Johannisstraße 5, 90419 Nürnberg und

Name, Vorname, Geb.datum

Straße, PLZ, Wohnort

Tel. privat - Tel. mobil - Tel. geschäftl.

Name Versicherung

Ich bin mir bewusst, dass diagnostische und/oder therapeutische Leistungen oder Teile solcher Leistungen im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden wollen. Sie müssen aus diesem Grunde auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören. Dennoch werden auch die Kosten für die durch meine Beschwerden bedingten und über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehenden diagnostischen Untersuchungen und Therapien, wie auch die von mir selbst angeforderten und durchgeführten Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich Gesundheitsoptimierung, Prävention und komplementären Medizin von mir in voller Höhe übernommen.

Abrechnungshinweise

Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt wie üblich für Privatpatienten und Selbstzahler nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.



Name, Vorname, Geb.datum

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und bis 3,5-fachen Satz. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

Da derzeit für viele neue oder von der Ausgangsposition inhaltlich erheblich abweichende Leistungen eine Gebührensatz nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese durch analoge Bewertungen nach §6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden. Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/ oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann. Versicherte haben die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der Krankenkasse ihre Forderungen gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen. Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem Kostenträger in Höhe der Gesamtforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach §2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut §5 GOÄ kann möglicherweise nicht unerhebliche finanzielle Belastungen zur Folge haben.

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte
- Fragen Sie im Zweifel bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen.



Name, Vorname, Geb.datum

Der Ausgleich des Honorarbetrages ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung. Eine Abrechnung über gesetzliche Krankenversicherungen, auch Zusatzversicherungen kann nicht erfolgen. Bitte beachten Sie, dass in Fällen von Zahlungsverzug oder offenen Forderungen und dem Ablauf entsprechender Mahnfristen die Germania Inkasso-Dienst GmbH & Co. KG meine Forderungen einholen wird.

Einverständnis des Patienten

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, den Behandlungsvertrag sowie die darin enthaltenen Abrechnungshinweise zur Kenntnis genommen zu haben. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage.

Zusammen mit diesem Behandlungsvertrag habe ich die „Patienteninformationen zum Datenschutz“ erhalten und bin umfassend über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt. Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung und mit der Verarbeitung meiner Daten gemäß Patienteninformation einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplares dieses Behandlungsvertrages.

Datum, Ort und Unterschrift
Patient/ Bevollmächtigter

Dr. med. Ulrike Hollneck
Ärztin