



Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir wissen es sehr zu schätzen, dass Sie sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden haben, und danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

An dieser Stelle möchten wir Sie über **alles Relevante zu den Behandlungskosten** aufklären und mit Ihnen einen Behandlungsvertrag abschliessen. Bitte lesen Sie sich zunächst alles in Ruhe. Falls Fragen auftreten sollten, warten Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, bis wir diese mit Ihnen besprochen haben. Vielen Dank!

Mit ist bekannt, dass dieser Behandlungsvertrag ausschließlich zwischen mir und dem Osteomedicum entsteht.

Das Osteomedicum wird daher niemals direkt mit meiner Krankenversicherung abrechnen, dies obliegt allein mir. Dazu erhalte ich jeweils am Monats- oder Behandlungsende eine Rechnung, die ich bei meiner Krankenversicherung zur Erstattung einreichen kann.

Die mir in Rechnung gestellten Behandlungskosten auf Basis dieses Behandlungsvertrages sind von mir in voller Höhe zu zahlen, unabhängig ob und in welchem Umfang ich diese Kosten von meiner Krankenversicherung erstattet bekomme. Es obliegt allein mir im Vorweg zu klären, ob und in welchem Umfang ich von meiner Krankenversicherung mit einer Erstattung rechnen kann. Dies gilt identisch im Falle einer bestehenden Beihilfeberechtigung.

Die Anzahl der Behandlungen und die **zu erwartenden Behandlungskosten** lassen sich im Vorwege nicht exakt ermitteln. Dennoch möchten wir Ihnen nach der ersten Konsultation eine Einschätzung der zu erwartenden Anzahl an nötigen Behandlungen und ungefähren Behandlungskosten geben. Falls Beratungen per **Telefon oder Email** stattfinden, werden diese ebenfalls nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt.

Für gesetzlich Versicherte:

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass diese Behandlung keine „Kassenleistung“ ist und die Kosten daher nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse getragen werden. Die Leistungen werden mir nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt und sind von mir direkt zu begleichen.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift Patient(in)
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Ausfallpauschale

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Termine speziell nur für Sie bereitgehalten werden und andere Patienten nicht die Chance haben einen Termin wahrzunehmen. Termine, die nicht **mindestens 48 Stunden** vorher abgesagt werden, müssen daher aus organisatorischen Gründen mit **ca. 50% in Rechnung** gestellt werden.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift Patient(in)
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Einverständniserklärung PVS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Ihr behandelnder Arzt möchte ich die mir zur Verfügung stehende Zeit ganz Ihnen und Ihrer Gesundheit widmen. Daher beauftrage ich die PVS Bremen, *Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen (im folgenden PVS / Bremen)* mit der Erstellung der Honorarrechnungen und den damit verbundenen Tätigkeiten.

Die PVS / Bremen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung der Ärzte. Sie steht unter ärztlicher Leitung und arbeitet ausschließlich nach den Weisungen der ihr angeschlossenen Ärzte. Die Mitarbeiter der PVS / Bremen unterliegen - wie die der Arzt selbst - gem. Paragraph 203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Der Rechnungsdruck und -versand erfolgt durch das Versandzentrum der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.C., Remscheider Str. 16, 45466 Mülheim a. d. Ruhr.

Ich bitte daher höflich um Unterzeichnung folgender Erklärung:

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Behandlungsverläufe) an die PVS / Bremen und deren Versandzentrum.

Ich entbinde meinen Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PVS / Bremen die Leistungen meines Arztes mir gegenüber in Rechnung stellt. Ich bin darüber informiert, dass diese Einverständniserklärung freiwillig ist und die ärztliche Behandlung hiervon nicht abhängt. Ich kann meine Einverständniserklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungsfälle hiervon ausnehmen lassen.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)
Dr. med. Artur Teichgräber
Kleiststraße 15 - 24105 Kiel
Tel: 0431 - 8860 7933
www.osteomedicum.de

Hiermit bestätige ich eine **Kopie** des Behandlungsvertrages und der Einverständniserklärung für die PVS erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)