

ANMELDUNG/BEHANDLUNGSVERTRAG

für Privatpatienten/Beihilfeversicherte

Patient Herr/Frau/Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon/Mobil

E-Mail

Rechnungsempfänger/Versicherter (wenn abweichend von Patient)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name der Krankenkasse oder Versicherung (Kostenträger)

SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT? **JA** **NEIN**

Hausarzt (Name/Ort)

Sind Sie einverstanden, an ein regelmäßiges Hautkrebsscreening (Muttermalkontrolle) – soweit vom Arzt empfohlen – per Mail erinnert zu werden? **JA** **NEIN**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Berechnung der ärztlichen Leistungen richtet sich für den Arzt nach den Grundlagen der Gebührenordnung (GOÄ § 1-12). Die privaten Krankenversicherungen erstatten je nach Vertragssituation nicht immer den vollen Rechnungsbetrag. Sollten Leistungen, die wir Ihnen nach GOÄ korrekt in Rechnung gestellt haben, trotz eventueller zusätzlicher Begründung von Ihrer Versicherung nicht anerkannt und erstattet werden, so ist der Differenzbetrag von Ihnen selbst zu tragen.

Für beihilfeberechtigte Patienten ist zu beachten:

Die Beihilfeverordnung einerseits, wie auch die Erstattungsregelungen der Postbeamtenkasse andererseits, weichen durch eigene gesetzliche Bestimmungen in der Erstattungsphase hiervon hin und wieder ab. So erstattet die Beihilfe z. B. 60-80% der Rechnungssumme – je nach Vertragssituation.

Die Erbringung von ärztlichen Dienstleistungen hat sich nach der Notwendigkeit auszurichten. Eine Ausrichtung ärztlichen Handelns nach den dem Arzt in ihrer Vielgestaltigkeit häufig unbekanntem Erstattungsmöglichkeiten des Patienten ist unzulässig (OLG Koblenz am 6 U 286/87 vom 19.05.1988, am 7 U50/85 vom 2.10.1975).

Bei Nicht-Inanspruchnahme eines vereinbarten Folgetermins muss der Termin mit einer Vorlaufzeit von >24 h telefonisch (**Tel.: 0254 1 84835 14**) oder per E-Mail (**info@hautarztzentrum-coesfeld.de**) abgesagt werden. Sollte diese Zeitfrist verstrichen sein, erkläre ich mich einverstanden, dass eine angemessene Ausfallpauschale anfällt, die sich an den durchschnittlichen Einnahmen während der Dauer des vereinbarten Termins orientiert (gemäß §6 15 BGB). Die Ausfallpauschale erfolgt nicht anhand der GOÄ, da es sich nicht um die Vergütung einer beruflichen Leistung handelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Behandlungskosten übernehmen werde.

Ferner willige ich in die Datenschutzerklärung der Praxis (in unserer Praxis ausliegend bzw. auf unserer Homepage www.hautarztzentrum-coesfeld.de online verfügbar) ein.

Datum

Unterschrift Patient(-in)

Die Unterschrift kann digital oder nach dem Ausdrucken abgegeben werden.