

I. Privatärztlicher Behandlungsvertrag/Selbstzahlervertrag für gesetzlich Versicherte:

Ich wünsche für meine Ehefrau/für meinen Ehemann/für mein Kind/ für mich

Vor- und Nachname d. Zahlungspflichtigen geb. am

Mitversicherte Personen (z.B. Ehegatte, Sohn, Tochter) geb. am

Straße PLZ, Wohnort

Telefon- und Handynummer

Selbstzahler (gesetzlich versichert)

die privatärztliche Beratung und Behandlung durch die HNO Praxis Tute vertreten durch Herrn Christian Tute oder den von ihm eingesetzten Vertreter nachfolgend „HNO Praxis Tute“ genannt.

Die Erstellung der Liquidation(Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung und den Empfehlungen der Bundesärztekammer. Davon abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfe können nicht berücksichtigt werden , denn **„ die Ausrichtung ärztlichen Handelns nach den in ihrer Vielseitigkeit unbekanntem Erstattungsmöglichkeiten des Versicherten ist zulässig“** (OLG Koblenz 6U286/87 und 7U50/85) Dies trägt u.a. auch der Tatsache Rechnung , dass der Arzt alleinig für die qualitativ gute und vollumfängliche Leistungserbringung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit haftet.

Der Vertragspartner verpflichtet sich, als Selbstzahler das entsprechend o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.

Die Rechnungsstellung erfolgt entweder durch die „HNO Praxis Tute“ oder durch die PVS der Ärzte in Niedersachsen. Für die Abrechnung über die PVS bitte ich Sie, durch Ihre Unterschrift Einverständnis zu erteilen (siehe unten).

Ich hatte ausreichend Zeit, diesen Vertrag zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Eine Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand. Ein Exemplar des Vertrages habe ich erhalten.

Leistungen, die durch Dritte (z.B. div. Laboruntersuchungen, radiologische Diagnostik etc.) erbracht werden, werden ggf. durch diese unmittelbar berechnet. Einer Weitergabe der notwendigen Daten zur Auftragsausführung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß stimme ich zu.

Nicht wahrgenommene Termine, welche nicht 24 Stunden vorher nachweisbar abgesagt wurden, müssen wir Ihnen in voller Höhe in Rechnung stellen oder stellen Ihnen ein Ausfallhonorar von 100 € in Rechnung.

Der Vertrag ist unterschrieben zur Terminvergabe an “HNO Praxis Tute“ zu schicken, per FAX 05551 66 0 39 oder per eMail an hno-privat-praxis-tute@web.de.

Wir bitten Sie um kurze Auskunft, welchen Grund Sie für die Vorstellung in der „HNO Praxis Tute“ haben (auch Mehrfachauswahl):

1. () Abklärung des Gehörs/Tinnitus oder Schwindel (GOÄ nach 1-6-1415*2-1403-1407-1409-1412 und ggf. weitere)
2. () Abklärung von Schluckproblemen, Fremdkörpergefühl (GOÄ 1-6-1418-4831530-484-ggf 410 -420*3 und weitere)
3. () Abklärung von Schnarchen/Schlafapnoe (GOÄ 1- ggf. 857 für Auswertung von Testbögen – 1418-483-1530-484 und weitere)
4. () Abklärung von Nase/Nasennebenhöhlen/Allergien (GOÄ 1-6-1418-483-1530-484-410-420*3- ggf. 385*20-386*10 und weitere)
5. () Abklärung von Stimme und Sprache (GOÄ 1- ggf. 857 für Auswertung von Testbögen - 6-1418-483-1530-484- 1555-1556 und weitere)
6. () Sonstiges:

Norheim, der _____

Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters: _____

Einverständniserklärung zur Weitergabe der zur Rechnungsstellung durch EDV notwendigen Daten an die PVS

Im Interesse einer zügigen und korrekten Rechnungserstellung arbeite ich mit der PrivatVerrechnungsStelle (PVS) der Ärzte in Niedersachsen (r.k.V.) zusammen. Ich bitte Sie, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung durch EDV notwendigen Daten an die PVS zu übermitteln. Bei Nichtzustimmung entstehen Ihnen keine Nachteile und ich werde die Leistungen selbst in Rechnung stellen.

Die PVS steht unter ärztlicher Leitung und wird ausschließlich nach meinen Weisungen tätig. Sie unterliegt, wie jeder Arzt, den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzgesetzes. Darüber wacht der interne Datenschutzbeauftragte der PVS.

Ich übermittle der PVS dazu digital verschlüsselt oder per Post Ihre persönlichen Daten: Name und Adresse, Geburtsdatum, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Behandlungszeitraum, Diagnosen, ärztliche Leistungen und Verordnungen sowie bei Krankenhausbehandlungen Krankenakten. Die PVS liest die Daten ein und erstellt dazu die Rechnung gemäß §12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die sie Ihnen zusendet.

Wenn eine zwangsweise Einziehung nötig ist, werden wie üblich Dritte eingeschaltet. Ihre Daten werden gelöscht, wenn die Rechnung beglichen ist und keine Rückfragen zu erwarten sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Norheim, der _____

Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters: _____