



## Privatpatienten

### Datenaufnahme

**Patient:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Private Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

### Hauptversicherter/Rechnungsempfänger (falls abweichend)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

## Privatärztlicher Behandlungsvertrag

### Vergütung

1. Die Vergütung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
2. Die ärztliche Behandlung erfolgt ausschließlich als Privatpatient/in. Die Kosten der ärztlichen Behandlung werden von gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet. Inwieweit die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe zur vollständigen Erstattung der Vergütung verpflichtet sind, richtet sich u.a. nach den Versicherungsbedingungen und dem Tarif.
3. Schuldner der Vergütung ist der Patient, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.

### Datenerfassung, -verarbeitung und -weitergabe

1. Der Patient hat Kenntnis davon und erklärt sich damit einverstanden, dass im Rahmen der ärztlichen Behandlung Daten über die Person des Patienten, dessen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet, bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen und der ärztlichen Schweigepflicht an Dritte (u.a. externe Abrechnungsstellen und an der Behandlung beteiligte Ärzte, andere medizinische Leistungserbringer) übermittelt werden.

Patient  / Erziehungsberechtigter  / gesetzlicher Vertreter  / Sorgeberechtigter

Name in Blockschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Ab 14. Lebensjahr zusätzlich Unterschrift Jugendlicher

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Rechnung an den Hauptversicherten gesendet wird.

Unterschrift: \_\_\_\_\_