



Behandlungsvertrag mit Dr. Tobias Schmook

Name, Vorname (Patient / Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Adresse mit Straße und Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon

Personalausweisnr.

Versichertennr./ Name der Versicherung (Status)

E-Mail Adresse:

Identität geprüft (Ausweis lag vor):

Ich wünsche, dass die bei mir durchzuführende Behandlung durchgeführt und berechnet wird. Die Preisermittlung für ärztliche Leistungen ist in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gesetzlich festgelegt. Jede Leistung ist durch eine entsprechende Abrechnungsnummer definiert. Je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand der erbrachten Leistung oder besonderen Umständen bietet die GOÄ die Möglichkeit, die Leistung um einen Steigerungsfaktor zu erhöhen. Eine Steigerung bis zu einem Satz von 3,5 ist möglich.

Wir weisen Sie explizit darauf hin, dass dies eine Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung ist. D.h. der Arzt ist nur privatärztlich tätig. Eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung besteht nicht. Diese Vereinbarung privatärztlicher Leistungen für ambulante Behandlungen kann eine womöglich erhebliche Mehrbelastung für den Patienten bedeuten, vorausgesetzt die Versicherung übernimmt nicht den vollen Umfang. Die Abrechnung erfolgt per Rechnungsstellung.

Der Behandlungsvertrag beinhaltet ferner die Ermächtigung des Arztes, im Namen und auf Rechnung des Patienten, zusätzliche ärztliche Leistungen (Konsile etc.) bzw. Leistungen ärztlich-geleiteter Einrichtungen (z. B. Labor, Histologie, Pathologie etc.), die im Zusammenhang mit der vom Patienten gewünschten medizinischen Behandlung stehen, zu beauftragen. Die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistungen erfolgen durch den jeweils beauftragten Leistungserbringer mit dem Patienten entsprechend den o. g. Regelungen.

Die Zustimmung des Patienten zu den vorgenannten Punkten gilt ausdrücklich auch im Falle zukünftiger Behandlungen des Patienten beim Arzt. Gerichtsstand für alle mit diesem Vertrag in Zusammenhang stehenden Streitigkeiten ist Berlin. Dieser Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, über den Inhalt des Vertrages vollständig aufgeklärt worden zu sein sowie auf Wunsch ein Exemplar nebst Anlagen, soweit im Rahmen der Behandlung welche übergeben wurden, erhalten zu haben. Weiterhin erteilt der Patient mit seiner Unterschrift die Genehmigung, für die Behandlung erforderliche Daten (Versicherungsstatus etc.) bei der Versicherung des Patienten einzuholen.

Der Patient erklärt sich ferner mit seiner Unterschrift ausdrücklich damit einverstanden, dass seine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, Behandlungsdokumentation etc.) zum Zwecke der Behandlung und/oder Abrechnung elektronisch im EDV-System von Dr. Schmook (System von Fa. GCM PRIVATE) gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte erfolgt ausschließlich nur dann, wenn dies für die Erfüllung dieses Vertrages erforderlich ist.

Die aus der gültigen Datenschutzgrundverordnung resultierenden Rechte des Patienten sind der beigefügten Anlage Datenschutz-Patienteninformation zu entnehmen.

Ort, Datum _____ Unterschrift (Patient Zahlungspflichtiger) _____