

Behandlungsvertrag

Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ Handy: _____

Krankenkasse: _____

Mitversicherte/r:

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Erklärung des Arztes

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen auf der Rückseite zur Kenntnis genommen zu haben. **Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage.** Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann sowie die Steigerungsfaktoren begrenzen kann.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stammt in ihrer jetzigen Form aus dem Jahr 1982 und wurde zuletzt 1995 angepasst. Seither wurde keine Anpassung der Gebühren^o für ärztliche und medizin-technische Leistungen vorgenommen.

Ärztlich erbrachte Leistungen werden daher mit den 1995 festgelegten Gebühren entlohnt! In keinem anderen uns bekannten Beruf ist dies der Fall.

Abrechnungshinweise

Erläuterung zur Diagnostik und Therapie für konventionelle, innovative und ganzheitliche Behandlungsmethoden

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0- und 3,5-fachem Satz.

Da derzeit für viele z. T. neue und/oder sehr zeitaufwändige Leistungen eine Gebührenziffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.

Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerheblich finanzielle Belastungen zur Folge haben.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vornherein auszuschließen, möchten wir Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen:

Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten* und Kostenerstattungsfällen**) wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. **Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.**

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip) abhängig ist. **Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/(GKV) darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben.** Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderungen gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben:

* Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist Ihr Anspruch auf medizinische Versorgung durch Vertragsärzte bei Vorlage der Krankenversicherungskarte sichergestellt.

Für Privatärzte gilt diese Regelung nicht. Deshalb müssen Sie Ihren Entschluss, sich auf eigene Kosten privatärztlich behandeln zu lassen, durch eine schriftliche Vereinbarung mit Ihrem Arzt bestätigen (vgl. § 18 BMV-Ä).

** Gesetzlich Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, gelten als Privatpatienten und erhalten eine Rechnung nach GOÄ. Auch sie müssen eine schriftliche Behandlungsvereinbarung mit Ihrem Arzt abschließen.

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.
- Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen.
- Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.

^oAusgenommen die Gebührenanpassung zur Leichenschau und Todesbescheinigung zum 01.01.2020.