DIALYSEZENTRUM Berlin-Mahlsdorf
ZENTRUM FÜR NEPHROLOGIE & DIALYSE

Dr. med. Bianca Bischoff • Dr. med. Juliane Hoffzimmer • Dr. med. Claudia Körner
Fachärztinnen für Innere Medizin & Nephrologie
Thorner Straße 1 • 12623 Berlin-Mahlsdorf

Behandlungsvertrag

Vereinbarung über die privatärztliche Behandlung (§ 630a BGB, GOÄ) & Selbstzahlererklärung (§ 630c Abs. 3 BGB)

Zwischen Frau / Herrn:	
und Ärztin:	
wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:	

Die Ärztin / Ärztinnen übernehmen ab _____ die privatärztliche Behandlung der/des o. g. Patientin/-en. Sie erbringt/erbringen die privatärztliche Behandlung persönlich oder durch einen von ihr/ihnen beauftragten ärztlichen Vertreter.

Die Honorarabrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Vertragspartner (Patient) verpflichtet sich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrages selbst zu tragen. Dem Vertragspartner ist bekannt, dass er zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet ist, unabhängig von seinen Erstattungsansprüchen gegenüber einer privaten Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträgern. Es besteht ausschließlich ein Vertragsverhältnis zwischen der Ärztin und dem Vertragspartner (Patienten), nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen).

Sofern im Rahmen der Diagnostik und Therapie externe ärztliche Leistungen (insbesondere externe Auftragslaboratorien nach § 4 Abs. 2 GOÄ, Pathologie oder Ärzte anderer Fachdisziplinen) erforderlich werden, erfolgt deren Abrechnung unmittelbar durch die jeweiligen liquidationsberechtigten Ärzte bzw. Untersuchungsstellen nach Maßgabe der GOÄ.

☐ Optional: Ich willige ein, dass mir Rechnungen und Befundberichte auch per E-Mail zugesandt werden dürfen (die Risiken einer unverschlüsselten E-Mail-Übertragung sind mir bekannt; jederzeit widerruflich). Die Datenschutzinformationen (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	**Unterschrift des Patienten / Unterzeichnungsberechtigten**

SELBSTZAHLERERKLÄRUNG FÜR KASSENPATIENTEN (GKV), BASIS- & STANDARD-TARIF (§ 630c Abs. 3 BGB, § 18 Abs. 8 BMV-Ä)

Mir ist bekannt, dass ich für meine Behandlung durch _____ anstelle der vertragsärztlichen Behandlung zu Lasten meiner gesetzlichen Krankenversicherung (bzw. des Basis-/Standardtarifs) ausdrücklich eine privatärztliche Behandlung als Selbstzahler wünsche (§ 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä). Ich verpflichte mich, die hierbei anfallende ärztliche Honorarrechnung nach GOÄ selbst zu bezahlen. Mir ist bekannt, dass eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse (eGK) ausgeschlossen ist und ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenversicherung nicht bzw. allenfalls anteilig besteht, sodass ein vollständiger oder teilweiser Eigenbehalt bei mir verbleibt (§ 630c Abs. 3 BGB).

Voraussichtliche Behandlungskosten nach GOÄ (§ 630c Abs. 3 BGB): ca. _____ € *(zzgl. ggf. anfallender externer Labor-/Sachkosten nach GOÄ)*

Ort, Datum	**Unterschrift des Patienten / Unterzeichnungsberechtigten**