# **Behandlungsvertrag für die Orthopädische Konsultation von gesetzlich versicherten Patienten (s.g. Selbstzahler)**

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung durch Svenja Becker für mich / meine Ehefrau / für meinen Ehemann / mein Kind für die heutige Konsultation

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versichert bei/ Beihilfe / Zusatzversicherungen usw.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger und Rechnungsanschrift, falls abweichend:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Freiwillige Angaben**:

Telefon (privat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(geschäftlich)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin und sehr geehrter Patient,

Sie wollen hiermit eine orthopädische Facharztleistung, bestehend aus Diagnostik, Behandlung und Therapievorschlägen, auf privater Abrechnungsbasis in Anspruch nehmen, die Ihre gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bei einem entsprechenden Vertragsarzt voll übernehmen würde.

Durch die aktuelle Rechtsprechung bin ich verpflichtet, Sie darüber Aufzuklären und diese Aufklärung zu dokumentieren. Aus diesem Grund bitte ich Sie, den folgenden Text sorgfältig zu lesen und vor der Konsultation zu unterschreiben, da sonst eine Behandlung nicht möglich ist.

Ich nehme ich zur Kenntnis, dass die Leistungsabrechnung nach den Richtlinien der geltenden Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt wird.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sich Frau Svenja Becker vorbehält, mir für durch eigenes Verschulden versäumte Termine, die nicht spätestens 48 Stunden zuvor abgesagt wurden, ein Ausfallhonorar zu berechnen, da die Praxis nach einem Bestellsystem geführt wird.

Im Falle eines Zahlungsverzuges entbinde ich Frau Svenja Becker von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich hatte ausreichend Zeit, diesen Behandlungsvertrag zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Ich habe ein Exemplar des Vertrages erhalten.

Ich wünsche einen Arztbrief an meinen Hausarzt (GOÄ-Ziffer 75 = 17,43 €) o Ja oder o nein

Name und Anschrift Hausarzt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da man als Arzt alleinig für die qualitativ Gute und die im ganzen Umfang erfolgte Leistungserbringung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit haftet, ist nach dem Urteil des OLG Koblenz (6U286/87 und 7U50/85) „die Ausrichtung ärztlichen Handels nach den in ihrer Vielgestaltigkeit unbekannten Erstattungsmöglichkeiten des Versicherten unzulässig“. Auf Wunsch wird mir ein Kostenplan für die vorgesehenen Untersuchungen und Behandlungen erstellt.

In der Tabelle können Sie sich einen Überblick der meist Verwendeten Leistungen mit der entsprechenden Vergütung nach GOÄ verschaffen.

|  |  |
| --- | --- |
| **GOÄ-Tabelle mit möglichen Leistungen** | **Kostenauflistung** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gewünschte Leistung | GOÄ-Ziffer | Leistung | 1,8fach  in € | 2,3fach  in € | **Betrag**  **In €** |
|  | 1 | Beratung |  | 10,73 |  |
|  | 3 | Eingehende Beratung, mind. 10 min. |  | 20,11 |  |
|  | 5 | Symptombezogene Untersuchung |  | 10,73 |  |
|  | 7 | Vollständige Untersuchung z.B. Stütz- und Bewegungsorgane |  | 21,45 |  |
|  | 3306(a) | Chirotherapeutische Eingriff WS und/oder Gelenk |  | 19,84 |  |
|  | 505 | Atmungsbehandlung | 8,92 |  |  |
|  | 507 | KG-Teilbehandlung | 8,39 |  |  |
|  | 510 | Übungsbehandlung | 7,34 |  |  |
|  | 520 | Teilmassage | 4,72 |  |  |
|  | 207 | Tape-Verband (bis max. 19,82) |  | 13,41 |  |
|  | X | **Material Kinesio-Tape /Meter** |  |  |  |
|  | 75 | Ausführlicher schriftliche Befundbericht |  | 17,43 |  |
|  | 800 | Neurologische Untersuchung |  | 26,14 |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Summe der gesamten Leistungen in €** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wünsche die fachspezifische Konsultation, am heutigen Tage durch die Ärztin Frau Svenja Becker auf privater Honorarbasis in Anspruch zu nehmen.

Göttingen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Patient(in)/ gesetzlicher Vertreter des Patienten (Ärztin)