



Behandlungsvertrag

Minderjährige Patientinnen und Patienten

Angaben zur Patientin / zum Patienten und zu den Sorgeberechtigten

Name, Vorname (Patient*in)		
Geburtsdatum (Patient*in)		
Name, Vorname (Sorgeberechtigte*r)		
Adresse		
Telefon und E-Mail-Adresse		
Name, Vorname und Adresse d. Rechnungsempf., falls abweichend		
Krankenversicherung	privat versichert	selbstzahlend

Vertragsgegenstand

Zwischen den / dem Sorgeberechtigten der / des nachfolgend genannten minderjährigen Patientin/-en und der Psychiatrischen Privatpraxis Dr. med. Anna Schnürch wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Die Sorgeberechtigte / der Sorgeberechtigte erklärt, zur gesetzlichen Vertretung der / des Minderjährigen berechtigt zu sein. Frau Dr. Schnürch verpflichtet sich zur Erbringung der indizierten fachärztlichen Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards, soweit nicht im Einzelfall etwas anderes vereinbart wird. Die Sorgeberechtigte / der Sorgeberechtigte stimmt mit der Unterschrift dieses Vertrages zu, dass Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal erbracht werden dürfen.

Vergütung

Das Honorar für die medizinischen Leistungen wird nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhoben. Jeweilige Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem und/oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung aufgeführt und erläutert.

Die Patientin / der Patient bzw. die gesetzliche Vertreterin / der gesetzliche Vertreter verpflichtet sich, die nach der GOÄ oder nach einer im Vorfeld der Behandlung getroffenen gesonderten Honorarvereinbarung in Rechnung gestellten Behandlungskosten in vollem Umfang zu bezahlen, unabhängig davon, ob ein Dritter (bspw. Kostenträger wie die Versicherung) der Patientin / dem Patienten den Rechnungsbetrag ganz oder teilweise erstattet. Die Honorarzahlung ist bis maximal vier Wochen nach Rechnungsstellung von der Sorgeberechtigten / dem Sorgeberechtigten direkt zu begleichen.

Hinweise für gesetzlich versicherte Patientinnen / Patienten

Die Sorgeberechtigte / der Sorgeberechtigte wird darauf hingewiesen, dass sie / er als gesetzlich Versicherte / Versicherter auf ausdrücklichen und unbeeinflusst gefassten eigenen Wunsch einen privatärztlichen Behandlungsvertrag für die / den Minderjährigen abschließen kann. Mit Vertragsunterzeichnung sichert die Sorgeberechtigte / der Sorgeberechtigte zu, als selbstzahlend das gemäß der GOÄ geforderte Honorar für die vereinbarten ärztlichen Leistungen

zu erbringen. Sie / er hat Kenntnis über die Möglichkeit der Kostenerstattung nach §13 SGB V und darüber, dass sie / er in diesem Fall die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen zu informieren hat.

Ausfallhonorar

Termine können bis 24 Stunden vorher abgesagt werden, ohne dass Kosten entstehen. Im Falle einer kurzfristigeren Absage oder des Nichterscheinens kann ggf. ein Ausfallhonorar berechnet werden, welches sich in seiner Höhe nach den durch den Ausfall entstandenen Kosten richtet. Mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt die Sorgeberechtigte / der Sorgeberechtigte, hierüber informiert worden und mit dem Vorgehen einverstanden zu sein.

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten / des Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass bei meinem / unserem Kind unter den o.g. Bedingungen in der Praxis Dr. Schnürch eine psychiatrische Diagnostik und/oder Behandlung erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Informationen zu Abrechnung und Rechnungsstellung habe ich / haben wir zur Kenntnis genommen und stimme / stimmen dem zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz

Hiermit bestätige ich / bestätigen wir, dass ich / wir die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten habe/n. Mir / uns ist bekannt, dass das aktuelle Merkblatt auch jederzeit in der Praxis eingesehen werden kann. Momentan bestehen zu dem Merkblatt keine weiteren Fragen.

Ort, Datum

Unterschrift