



## Behandlungsvertrag

### Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefon und E-Mail-Adresse		
Krankenversicherung	privat versichert	selbstzahlend

### Vertragsgegenstand

Zwischen der/dem o.g. Patientin/-en und der Psychiatrischen Privatpraxis Dr. med. Anna Schnürch wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Frau Dr. Schnürch verpflichtet sich gegenüber der/dem Patientin/-en zur Erbringung der indizierten fachärztlichen Behandlung. Diese hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht im Einzelfall etwas anderes vereinbart wird. Die/der Patient\*in 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/der Patient\*in bzw. die/der gesetzliche Vertreter\*in verpflichtet sich, die nach der GOÄ oder nach einer im Vorfeld der Behandlung getroffener gesonderter Honorarvereinbarung in Rechnung gestellten Behandlungskosten in vollem Umfang zu bezahlen, unabhängig davon, ob ein Dritter (bspw. Kostenträger wie die Versicherung) der/dem Patientin/-en den Rechnungsbetrag ganz oder teilweise erstattet. Die Honorarzahlung ist bis maximal vier Wochen nach Rechnungsstellung von der/dem Patientin/-en direkt zu begleichen.

### Hinweise für gesetzlich versicherte Patient\*innen

Die/der Patient\*in wird darauf hingewiesen, dass sie/er als gesetzlich Versicherte\*r auf ausdrücklichen und unbeeinflusst gefassten eigenen Wunsch einen privatärztlichen Behandlungsvertrag abschließen kann. Mit Vertragsunterzeichnung sichert die/der Patient\*in 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/der Patient\*in, hierüber informiert worden und mit dem Vorgehen einverstanden zu sein.

## Unterschrift der Patientin / des Patienten

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

---

---

## Hinweise zum Datenschutz

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten habe. Mir 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

---

---