



Behandlungsvertrag Patienten der PKV/GKV/Selbstzahler (IGeL) Leistung

Ich erkläre hiermit, dass die bei mir durchzuführende Anamnesen, Beratungen, diagnostische Maßnahmen und die nachfolgenden Therapien von mir gewollt und verlangt, so wie mit dem Therapeuten besprochen worden sind.

Ich erkläre mich mit der Anwendung und Durchführung der Diagnostik und Therapie ausdrücklich einverstanden.

In dem Aufklärungsgespräch wurde ich darauf hingewiesen, dass die Rechnungslegung gemäß der GOÄ als Privatrechnung an mich erfolgt. Da umweltmedizinische Leistungen nicht explizit in der GOÄ verankert sind, bin ich mir bewusst, dass diese Leistungen zum Teil analog abgerechnet werden müssen. Falls es im Rahmen von Anamneseerhebung und/oder Befundbesprechungen zu zeitlichem Mehraufwand kommen sollte, bin ich damit einverstanden, dass auch, nach vorheriger Aufklärung durch den Arzt, eine Steigerung der Leistungen über den sonst üblichen maximalen Satz der GOÄ von 3,5 möglich ist.

Eine Erstattung der Kosten durch etwaige Versicherer ist nicht zwangsläufig gegeben. Für den Fall, dass mein Krankenversicherer bzw. die Beihilfe oder Zusatzversicherung die in Rechnung gestellten Kosten, für die bei mir durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, nicht erstatten, erkläre ich und bestätige dies mit meiner Unterschrift, dass ich den Rechnungsbetrag in voller Höhe und unabhängig von einer Kostenübernahme durch meine Versicherung auf jeden Fall bezahlen werde.

Ich bestätige dies auch für Ihre Leistungen, die laut gängiger Meinung nicht als medizinisch notwendig angesehen werden.

Die Abtretung aller sich aus dieser Vereinbarung ergebenden wechselseitigen Ansprüche, gleich aus welchem Rechtsgrund, an Dritte wird ausdrücklich ausgeschlossen. Hier ist insbesondere ein Forderungsübergang nach § 86 Versicherungsvertragsgesetz n.F. oder § 67 a.F. ausgeschlossen.

Eine Kopie dieser Vereinbarung wurde ausgehändigt/wird digital zur Verfügung gestellt.
Der Rechnungsbetrag ist von mir vollständig innerhalb von 4 Wochen zu zahlen.

Bei u. g. Versicherten/Versicherte ist eine Spezialbehandlung notwendig, die nicht an jeder Klinik oder in jeder Praxis vorgehalten wird, da hierfür eine Spezialausbildung notwendig ist.

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden zuvor bestenfalls per email abzusagen. Bei Nicht-Erscheinen ohne Absage behalten wir uns vor, die Ausfallzeit, sofern diese durch uns nicht anderweitig zu nutzen war, mit einem Ausfallhonorar von 60€/Stunde zu berechnen.

Bestätigung:

Name des Patienten: _____

Geb. Datum: _____

Ort Datum Unterschrift