

## BEHANDLUNGSVERTRAG UND HONORARVEREINBARUNG

Zwischen

Dr. Jan Olivier

und

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, Geburtsdatum

wird vereinbart, dass die Honorarabrechnung für die gesamte Behandlung per Privatliquidation auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) erfolgt. Zum Ansatz kommen die Regelfaktoren 1,15 für Laborleistungen; 1,3 für Laborleistungen mit erhöhtem Aufwand; 1,8 für technische Leistungen sowie 2,3 für ärztliche Leistungen und 3,5 für ärztliche Leistungen mit erhöhtem Aufwand. Der Unterzeichner verpflichtet sich hiermit gesamtschuldnerisch zur Kostenübernahme aller erforderlichen Maßnahmen für folgende Therapien sowie der dafür erforderlichen Nebenleistungen:

### + ORTHOPÄDISCHE UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG

Hierbei weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass eine Erstattung der Medikamenten- und Behandlungskosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Der Behandelte wird sich vor Aufnahme der geplanten Behandlung über den individuellen Leistungsumfang des Versicherungsträgers informieren. Sollte sich die zuständige Krankenversicherung nur bereit erklären, Teile der Behandlung zu bezahlen, so ist der Differenzbetrag zur vollen Liquidation vom unterzeichnenden Patienten zu tragen. Der Behandelte erklärt weiter, dass er über ausreichende Mittel verfügt, um die geplante Behandlung zu bezahlen und dass derzeit weder ein ihn betreffendes Verbraucher-Insolvenz oder Regel-Insolvenzverfahren eingeleitet oder abgeschlossen wurde. Eine Abtretung eventueller Ansprüche der Patienten an Dritte ist ausgeschlossen, dies gilt auch auf den Forderungsübergang nach §67 Versicherungsvertragsgesetz.

Um Sie in Ruhe behandeln zu können und Wartezeiten zu vermeiden wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie, Ihre Termine einzuhalten. Falls notwendig, sagen Sie einen Termin 24 Stunden zuvor ab. Reservierte, nicht einen Tag vorher stornierte Termine können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / **Unterschrift**

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG UND ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN (GEM. § 73 ABS. 1 B SGB V)

Einen Aushang zum Datenschutz finden Sie in unseren Räumlichkeiten. Gerne händigen wir Ihnen an der Rezeption auch ein Exemplar aus.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der medizinischen Betreuung an andere Stellen weitergeleitet werden. Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Abs. 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / **Unterschrift**