UROLOGIE
DR. HANNAH ARNOLD

Vereinbarung über privatärztliche Behandlung

Frau Dr. med. Hannah Arnold und _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

treffen für die Behandlung **des Patienten/der Patientin** _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

◯ als Zahlungspflichtige:r in eigenem Namen ◯ als Vertreter:in des/der zahlungspflichtigen Patienten/-in

diese Vereinbarung über eine privatärztliche Behandlung.

Der/Die Zahlungspflichtige wünscht die Inanspruchnahme der privatärztlichen Untersuchung/Behandlung durch Dr. Hannah Arnold oder durch eine von ihr beauftragte:n Vertreter:in.
Die Leistungen der Ärztin werden nach den Bestimmungen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.
Der/Die Zahlungspflichtige hatte die Möglichkeit Einblick in die GOÄ zu nehmen, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können. Der/die Zahlungspflichtige verpflichtet sich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrages selbst zu tragen. Ferner wurde der/die Zahlungspflichtige darauf hingewiesen, dass er/sie zur Bezahlung der berechneten Behandlungskosten persönlich verpflichtet ist, unabhängig von ihren/seinen Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger. Es besteht ein Vertragsverhältnis zwischen der Ärztin und dem/der Zahlungspflichtigen, nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen). Von dieser Vereinbarung hat der/die Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Bei welcher Kasse, Beihilfestelle oder Kostenträger ist die/die Patient:in versichert? _____

_____
Ort, Datum Dr. med. Hannah Arnold Unterschrift Zahlungspflichtige:r/Vertreter:in

Datenschutzvereinbarung und Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass die urologische Praxis von Dr. Hannah Arnold

- ✓ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzt:innen oder Leistungserbringer zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern darf. Sollte ich bei Dr. Peiberg (dem Praxisvorgänger) in Behandlung gewesen sein, erkläre ich mich einverstanden, dass die o.g. Praxis Zugriff auf meine Patientenakte hat.
- ✓ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzt:innen oder Leistungserbringer übermitteln oder anfragen darf. Zum Beispiel Labore, Pathologie, Hausarzt/-ärztin, Krankenhausberichte, … .
- ✓ Terminerinnerungen, medizinische Anfragen, Untersuchungsbefunde und Rechnungen per E-Mail übermittelt.

(Unzutreffendes bitte streichen.)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

_____
Ort, Datum Unterschrift Patient:in / gesetzliche:r Vertreter:in
Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum (sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)

Alle Angaben sind ohne Gewähr.