

# „Corona“-Behandlungsvertrag

## für private Behandlung von gesetzlich Versicherten

(bei Vorlage der eGK im laufenden Quartal verliert dieser Behandlungsvertrag seine Gültigkeit!)

<b>Name des Patienten</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Straße</b>	<b>Postleitzahl</b>	<b>Wohnort</b>
<b>Telefon</b>	<b>mobil</b>	<b>Email</b>

<b>Name des Hauptversicherten</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>

<b>Krankenversicherung</b>	<b>Mitgliedsnummer</b>	<b>Gültigkeit</b>

Hiermit beauftrage ich für mich bzw. für \_\_\_\_\_ die Untersuchung / Behandlung durch Frau / Herrn Dr. med. Shih bzw. durch die vertretungsberechtigten Assistenzärzte.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Leistungen mir persönlich in Rechnung gestellt werden, sollte ich nicht binnen des laufenden Quartals meine gültige Krankenversichertenkarte (eGK) in der Praxis abgegeben haben.

In diesem Falle bin ich auch damit einverstanden, dass bei Leistungen durch Dritte (z.B. Fremdlabor, Histologie), die dazu notwendigen Behandlungs- und persönlichen Daten an diese Dritten weitergegeben werden dürfen. Die Kosten dieser Auftragsleistungen werden mir von den Beauftragten direkt in Rechnung gestellt.

Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach den Regeln und Grundsätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in der jeweils gültigen Fassung. Wir weisen darauf hin, dass die Faktoren für die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung durchaus über dem Regelsatz (2,3) bis zum 3,5 fachen Satz in Ansatz gebracht werden können.

Für Sie kann dies bedeuten, dass Ihnen – abhängig vom jeweiligen Versicherungsvertrag – ein Selbstbehalt entstehen kann.

Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, auch wenn Versicherungen und / oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Nach § 12 GOÄ wird die Rechnung nach Erhalt sofort fällig.  
Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

**Bei Änderung der Anschrift oder des Versicherungsstatus werde ich die Praxis umgehend darüber informieren.**

Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Rechnungsstellung jeweils erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung an das **Apotheken- und Ärzteabrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart** einverstanden.

Mir ist bekannt, dass das Abrechnungszentrum die Leistungen meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungs Begründung darüberhinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei einverstanden.

Ich entbinde meinen Arzt von seiner gesetzlichen Schweigepflicht (§203 StGB), soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen.

Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt schriftlich widerrufen werden.

Ich füge diesem Behandlungsvertrag meine eGK (Vorder- und Rückseite) als Foto bei oder übersende dieses noch vor Inanspruchnahme der Leistung an die Praxis.

Leonberg, den.....

.....  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

.....  
Unterschrift Patient/in  
bzw. Vertr. Berechtigte(r)

Gemeinschaftspraxis Dres. med. Annette & Ullrich Shih \* Römerstr. 75 \* 71229 Leonberg  
Telefon 07152 - 92639460 \* Fax 07152 – 92639470

[praxis@gesund-im-zentrum.de](mailto:praxis@gesund-im-zentrum.de)

Signal oder Whatsapp +49 7152 92639421

Threema: JFN2U7UD

(Nutzung der Messenger nur nach unterschriebenem Nutzungsvertrag, Download Homepage)