# **Behandlungsvertrag für die Orthopädische Konsultation, und wenn gewünscht für ergänzende Methoden, von privatversicherten Patienten**

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung bis auf Wiederruf durch Svenja Becker für mich / meine Ehefrau / für meinen Ehemann / mein Kind

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versichert bei/ Beihilfe / Zusatzversicherungen usw.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger und Rechnungsanschrift, falls abweichend:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Freiwillige Angaben**:

Telefon (privat): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(geschäftlich)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Leistungsabrechnung nach den Richtlinien der geltenden Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) und nach den Empfehlungen der Niedersächsischen Ärztekammer (in Anlehnung an die Bundesärztekammer) erstellt wird.

Des Weiteren hat mich Frau Svenja Becker darauf hingewiesen, dass die **Erstattung der Rechnung** durch meine Krankenversicherung, Beihilfe usw. aufgrund der vielschichtigen individuellen Tarife und der sich ändernden Regelungen durch meine Ärztin, Svenja Becker, **nicht gewährleistet werden kann**.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zusätzlich wünsche ich auch die **komplementärmedizinische Behandlung** bis auf Wiederruf (wie ärztliche Osteopathie, NIS, Haltungs- und Bewegungsdiagnostik ggf. mit Medreflexxeinlagen, Akupunktur, Kinesio-Taping) durch Svenja Becker für mich (meine Ehefrau / für meinen Ehemann / mein Kind) **O Ja oder Nein O**

**Achtung:** Bei den komplementärmedizinischen Methoden handelt es sich um eine privatärztliche Leistung, die **keine** Vertragsleistung der gesetzlichen Krankenkasse und je nach abgeschlossenem Vertrag, auch keine Regelleistung der privaten Krankenkassen ist.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Da man als Arzt alleinig für die qualitativ Gute und die im ganzen Umfang erfolgte Leistungserbringung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit haftet, ist nach dem Urteil des OLG Koblenz (6U286/87 und 7U50/85) „die Ausrichtung ärztlichen Handels nach den in ihrer Vielgestaltigkeit unbekannten Erstattungsmöglichkeiten des Versicherten unzulässig“.

Auf Wunsch wird mir ein Kostenplan für die vorgesehenen Untersuchungen und Behandlungen erstellt.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass sich Frau Svenja Becker vorbehaltet, mir für durch eigenes Verschulden versäumte Termine, die nicht spätestens 48 Stunden zuvor abgesagt wurden, ein Ausfallhonorar zu berechnen, da die Praxis nach einem Bestellsystem geführt wird.

Im Falle eines Zahlungsverzuges entbinde ich Frau Svenja Becker von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir wurde ausreichend Zeit gelassen, diesen Behandlungsvertrag zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Ich habe ein Exemplar des Vertrages erhalten.

Ich wünsche einen Arztbrief an meinen Hausarzt (GOÄ-Ziffer 75 = 17,43 €) o Ja oder o nein

Name und Anschrift Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Göttingen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Patient(in)/ gesetzlicher Vertreter des Patienten (Ärztin)