



Privatärztlicher Behandlungsvertrag zwischen der Praxis Bayrakci und

Frau/Herrn (Vorname/Name) _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Wohnhaft in (Straße, PLZ, Ort) _____

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und Herrn Bayrakci wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Herr Bayrakci kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des/der Patientin/Patienten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal der Praxis durchführen lassen.

Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Durch Patienten/innen handschriftlich ohne ärztliche Rücksprache und ausdrückliche Bestätigung ärztlicherseits durchgeführte Änderungen in diesem Vertrag sind nicht gültig.

Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt für Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte gemäß §5 Abs. 1 - 5 GOÄ sowie §6 Abs. 2 bis zum 2,3-fachen Satz. Sie können aber je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung stets erklärend aufgeführt.

Sollte Ihre Versicherung nur einen niedrigeren Satz abdecken, müssen Sie Ihren Eigenanteil bedenken. Gegebenenfalls sprechen Sie den Arzt vor Durchführung einer Leistung darauf an, um einen reduzierten Satz zu thematisieren.



Der Patient teilt ausdrücklich mit,

in der folgend genannten Versicherung privat krankenversichert zu sein - Name der Versicherung: _____

als Selbstzahler ärztliche Leistungen der Praxis Bayrakci in Anspruch zu nehmen (z.B. bei sonst bestehender, in diesem Behandlungsfalle nicht eintretender, gesetzlicher Krankenversicherung oder nicht bestehender regulärer Krankenversicherung)

dass eventuell zusätzlich die Beihilfe der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung und/oder Beihilfe erklärt die Patientin/der Patient hiermit ausdrücklich, die Kosten der Behandlung in voller Höhe persönlich zu tragen.

Die Honorarzahlung ist bis maximal vier Wochen nach Rechnungsstellung vom Patienten direkt zu begleichen, auch, wenn eine Kostenerstattung bis dahin noch nicht oder nicht in voller Höhe erfolgt ist.

Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Dabei kann leider gelegentlich der Eindruck entstehen, dass Abrechnungsinhalte nicht korrekt oder unberechtigt seien. Bei Fragen zu ihrer Rechnung bitten wir Sie daher, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert. Nur bei nicht erfolgter fristgerechter Zahlung (nach Zahlungserinnerung) erfolgt zwecks (rechtlicher) Überprüfung weiterer Schritte und ggf. Einleitung weiterer Schritte eine Weiterverarbeitung ihrer Daten durch Dritte nur zum Zwecke der Rechnungsbegleichung.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden und willige ein.

Bielefeld, den _____

Unterschrift: _____

(Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in)