Praxis für Neuropsychiatrie
NEUROLOGIE · PSYCHIATRIE · PSYCHOTHERAPIE

Doctor-medic Alexandra Chaaban
Dipl-medic Zapryan Petrov
Schrambergerstraße 87 · 78628 Rottweil
Telefon: 0741/94248384
info@praxisfuerneuropsychiatrie.de
praxisfuerneuropsychiatrie.de

Rahmenvereinbarung über privatärztliche Behandlung

für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten in einer reinen Privatpraxis

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____

1. Privatärztlicher Behandlungsvertrag

Mir ist bekannt, dass die behandelnde Praxis eine reine Privatpraxis ist und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung teilnimmt. Die Behandlung erfolgt daher unabhängig von meinem Versicherungsstatus ausschließlich auf privatärztlicher Grundlage.

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung und beauftrage die Praxis mit der Durchführung der medizinisch indizierten bzw. von mir gewünschten und ärztlich vertretbaren Leistungen.

2. Abrechnung

Die erbrachten ärztlichen Leistungen werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat in Rechnung gestellt. Der konkrete Umfang der Leistungen richtet sich nach der medizinischen Erforderlichkeit und dem tatsächlichen Behandlungsverlauf.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenversicherung die Kosten einer Behandlung in einer reinen Privatpraxis nicht oder nicht vollständig erstatten kann. Die Praxis übernimmt keine Gewähr für eine Erstattung durch meine Krankenkasse oder einen anderen Kostenträger. Eine etwaige Erstattungsmöglichkeit kläre ich selbst mit dem jeweiligen Kostenträger.

4. Zahlungspflicht

Ich bin verpflichtet, die ordnungsgemäß nach GOÄ gestellte Rechnung innerhalb der angegebenen Zahlungsfrist zu begleichen, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe ein Kostenträger eine Erstattung vornimmt.

5. Wirtschaftliche Information

Mir ist bekannt, dass mir durch die Behandlung eigene Kosten entstehen können. Soweit die Höhe der voraussichtlichen Kosten einer konkreten Behandlung vorab bestimmbar und eine gesonderte wirtschaftliche Information angezeigt ist, kann hierzu ergänzend eine leistungsbezogene Kosteninformation erstellt werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung: _____

Unterschrift Praxis: _____