

Vereinbarung über Privatbehandlung

Patient/in:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ich beantrage ab _____ (Datum)

privatärztliche Behandlungen

durch

Herrn Dr. med. Volker Schmiedel, Chefarzt der Inneren Abteilung der Habichtswald-Klinik.

Diese Vereinbarung beinhaltet auch, dass Sie Rechnungen über Laborleistungen von den entsprechenden Laboratorien erhalten.

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung des Rechnungsbetrages durch private Krankenkassen nicht immer gewährleistet ist und ich in diesem Fall die Kosten zu tragen habe (z. B. bei Elektroakupunktur nach Voll).

Die Rechnung wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt:

- **ärztliche Leistungen wie Beratungen, Untersuchungen 2,3-facher Steigerungssatz**
- **medizinisch-technische Leistungen 1,8-facher Steigerungssatz (Ausnahme Regulationsthermographie 2,5-fach)**
- **Laborleistungen 1,15-facher Steigerungssatz**

Abweichungen hiervon erfolgen nur mit besonderer Begründung.

Einsichtnahme in die GOÄ ist im Chefarztsekretariat der Inneren Abteilung jederzeit möglich (auf der Rückseite finden Sie die für uns wichtigsten Gebührensatzungen).

Datum

Unterschrift des Patienten

Ambulanz-Arzt Dr. Schmiedel

Informationen zur Rechnungstellung

Als Ihr behandelnder Arzt möchte ich meine Zeit ganz Ihnen und Ihrer Gesundheit widmen. Daher beauftrage ich mit der Erstellung der Honorarabrechnung und den damit verbundenen Tätigkeiten die

Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Gymnasiumstr. 18-20, 63654 Büdingen

Tel.: 06042/882-334, Fax: 06042/882-460

Die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH (PVS) ist eine berufsständige Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten, Tierärzten und Zahnärzten. Sie steht unter ärztlicher Leitung und unterliegt den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Die PVS gewährleistet die korrekte Abrechnung meines Honorars und erteilt Ihnen gerne alle von Ihnen gewünschten Auskünfte im Zusammenhang mit der Rechnung.

Bei evtl. Erstattungsproblemen unterstützt Sie die PVS gegenüber Ihrer Krankenkasse, Versicherung oder anderen Kostenträgern. Auf Wunsch wird Ihnen auch eine Teilzahlung der Rechnung ermöglicht.

Ich bitte Sie daher höflich um Ihre Zustimmung durch die Unterzeichnung untenstehender Erklärung. Vielen Dank.

Dr. med. Volker Schmiedel

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Chefarzt der Inneren Abteilung der Habichtswald-Klinik

Patient/in:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

1. Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Behandlungsverläufe) an die **Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH (PVS)**.
2. Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen der PVS.

Ich würde darüber aufgeklärt, dass die PVS die Leistungen meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellt und für eigene Rechnung einziehen wird und entbinde Herrn Dr. med. Volker Schmiedel von seiner ärztlichen Schweigepflicht soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Durchschrift dieser Schweigepflichtsentbindung habe ich erhalten.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von dieser Einverständniserklärung abhängig ist und ich diese jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungsfälle davon ausnehmen kann.

Datum

Unterschrift