Honorarvereinbarung / Aufklärung für möglichen Selbstbehalt bei Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger (Beihilfe und/oder Privatkrankenkasse)

zwischen

Daniel Bremer, Kleppingstr. 24, 44135 Dortmund (Heil- und Chiropraktiker)
Susanne Langer, Kleppingstr. 24, 44143 Dortmund (Fachärztin für Orthopädie)
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

und

Name und Adresse

Meine Honorare werden gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) (Herr Bremer) bzw. gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (Frau Langer), berechnet. (Nicht zutreffendes streichen)

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass viele Privatkassen unterschiedliche Tarife haben und manchmal nur den GebüH bzw. GOÄ-Mindestbetrag, manchmal auch bis zum Höchstbetrag erstatten. Auch Beihilfe und Postbeamtenkrankenkasse erstatten nicht alles.

Sollte Ihre Zusatzversicherung oder Privatkrankenkasse abweichend erstatten (was Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen können), kann es sein, dass Sie einen (in der Regel zumutbaren) Betrag selbst zuzahlen müssen. Das Patientenrechtegesetz verpflichtet mich, Sie darüber aufzuklären, dass möglicherweise nicht der gesamte Rechnungsbetrag erstattet wird.

Nicht alle inzwischen möglichen und etablierten Verfahren, die ich anbiete, sind im GebüH bzw. der GOÄ uaufgeführt. In diesen Fällen rechne ich analog ab, d.h., dass ich dann eine oder mehrere Leistung/en auf der Rechnung benenne, die der erbrachten Leistung in Zeit und Art am ähnlichsten sind. Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

Folgende Leistungen sind im GebüH / in der GOÄ nicht gelistet oder werden von mir abweichend wie

folgt berechnet:_____

Bitte prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag (ggf. durch persönliche Nachfrage bei der Versicherungsgesellschaft), ob die vorgesehene Behandlung

Siehe Behandlungsvertrag

anerkannt wird, und falls dies der Fall ist, in welcher Höhe erstattet wird. Gerne erstellen wir Ihnen einen Kostenvoranschlag.

Wenn Sie trotz dieser Auskunft noch Fragen haben oder nicht sicher wissen, ob es eine Zuzahlung (und wenn ja, in welcher Höhe) gibt, können Sie mir die mit Ihrem Kostenträger vereinbarte Leistungszusage vorlegen, um mit mir gemeinsam die mögliche Selbstbeteiligung zu berechnen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass ich Sie ausreichend über meine Honorarhöhe und eine mögliche Selbstbeteiligung Ihrerseits aufgeklärt habe. Die aus der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) resultierenden Verpflichtungen werden, gemäß der Vorschriften, gesondert erfüllt und dokumentiert.

Ort, Datum der Aufklärung _____

Unterschrift des Patienten _____

Behandlungsvertrag

zwischen
Daniel Bremer, Kleppingstr. 24, 44135 Dortmund (Heil- und Chiropraktiker)

Susanne Langer, Kleppingstr. 24, 44143 Dortmund (Fachärztin für Orthopädie)

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

und

Name: _____ Vorname: _____Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ email: _____

Bei Minderjährigen: Rechnungsempfänger und Rechnungsanschrift, falls abweichend:

Name: _____ Vorname: _____Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenversicherungszugehörigkeit des Patienten: _____

Zusatzhinweise – Zutreffendes bitte ankreuzen:

□ Beihilfeberechtigt
□ Post B
□ KVB I-III
□ Standardtarif §5 GOÄ
□ _____
□ Basistarif
□ Kostenerstattung § 13 SGB V
□ private Zusatzversicherung für Heilpraktiker
□ private Zusatzversicherung Naturheilverfahren oä

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Ich wünsche die ambulante privattherapeutische Behandlung durch o. a. Therapeuten / Arzt persönlich oder einem durch ihn beauftragten Vertreter. Die Honorarabrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (Langer) bzw. der GebüH (Bremer) in der jeweils gültigen Fassung. Ich verpflichte mich, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrags selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass ich zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet bin, unabhängig von meinen Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträger. Eine Abtretung eventueller Ansprüche des Patienten an Dritte ist ausgeschlossen, dies gilt auch auf den Forderungsübergang nach § 67 Versicherungsvertragsgesetz. Ich erkläre, dass ich über ausreichende Mittel verfüge, um die geplante Behandlung zu bezahlen und dass derzeit weder ein mich betreffendes Verbraucher-Insolvenz oder Regel-Insolvenzverfahren eingeleitet oder abgeschlossen wurde.

Sofern ich meinen Behandlungstermin nicht rechtzeitig per mail oder Telefon (24h vor dem Termin) absage, verpflichte ich mich zur Zahlung eines Ausfallhonorars in Höhe von 50,00 €.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend vom Therapeuten / Arzt über die Honorarhöhe und eine mögliche Selbstbeteiligung aufgeklärt wurde.
Bei minderjährigen Patienten gilt: Der unterzeichnende gesetzliche Vertreter kommt letztendlich für die Kosten auf, falls der Rechnungsempfänger die Zahlung verweigert.

Hinweis für Privatpatienten, die eine Behandlung unabhängig von den Beschränkungen ihres Versicherungstarifs verlangen, selbst zahlende Kassenpatienten, Basis- und Standard-Tarif-Versicherte:

Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenversicherung nicht bzw. nur in dem Umfang besteht, den die Krankenkasse als Sachleistung zu tragen hätte.

Hiermit bestätige ich, nach § 630 BGB aufgeklärt worden zu sein, dass es sich um eine rein privatärztliche / privattherapeutische Behandlung handelt. Eine Abrechnung mit einer gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich. Es ist mir ebenfalls bekannt, dass mir u.U. ein Eigenbehalt aus den Behandlungskosten oder ein vollständiger Selbstbehalt verbleibt, wenn ein Versicherungsschutz zur Erstattung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist.

Über die entstehenden Kosten wurde ich aufgeklärt.

Die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

_____

Ort und Datum Unterschrift