

Anmeldebogen Behandlungsvereinbarung

(bitte deutlich lesbar in Druckschrift ausfüllen)



Dr. med.
Ullrich Zschaler
FACHPRAXIS
GASTROENTEROLOGIE
IN LIPPE

Angaben zum/r Patient/in

Mustermann, Max

Name Vorname

01.01.1990

Geburtsdatum

Musterweg 1

Straße Hausnummer

32756 Detmold

Postleitzahl Ort

Handy

05231 / 12345

Telefon

E-Mail

Beruf

Muster Musterarzt

Hausarzt

Zuweisender Arzt

Änderungen falscher Angaben

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Handy

Telefon

E-Mail

Beruf

Hausarzt

Zuweisender Arzt

Angaben zur Krankenversicherung

AOK NordWest

Krankenkasse Name

Versichertennummer

ggf. mitversichert bei Name Vorname

Änderungen falscher Angaben

Krankenkasse Name

Versichertennummer

ggf. mitversichert bei Name Vorname



Behandlungsvereinbarung



Dr. med.
Ullrich Zschaler
FACHPRAXIS
GASTROENTEROLOGIE
IN LIPPE

Sehr geehrte/r Herr Mustermann

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben und uns Ihr Vertrauen schenken.

1. Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse haben Sie einen Anspruch auf medizinische Versorgung gemäß EBM-Vertragsärzte bei Vorlage der Krankenversichertenkarte/Versichertennachweis.
2. Ohne Vorlage eines gültigen Versichertennachweises zu Behandlungsbeginn oder spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn sind wir berechtigt, die von uns erbrachten Leistungen privat zu liquidieren – auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und etwaiger Analogziffern.
3. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben (DSGVO) und ist zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich. Informationen zum Datenschutz in unserer Praxis haben wir im Aushang im Wartezimmer, als Auslage an der Rezeption sowie auf unserer Homepage praxis-zschaler.de für Sie bereitgestellt.

4. Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Vereinbarte Termine für endoskopische Untersuchungen werden verbindlich und ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert. Für die Untersuchung werden für die erforderliche Behandlungszeit insbesondere das ärztliche und nicht ärztliche Personal, die Untersuchungsräume sowie die medizinischen Geräte vorgehalten.

Kann ein vereinbarter Untersuchungstermin nicht wahrgenommen werden, ist dieser zwei Werktage (48 Stunden) vor dem vereinbarten Untersuchungstermin abzusagen. Als Werktage im Sinne dieser Regelung gelten Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage. Maßgeblich für die Wahrung der Frist ist der Zugang der Absage bei der Praxis.

Wird ein Termin später abgesagt oder nimmt der Patient den Termin ohne vorherige Absage nicht wahr, hat er der Praxis den dadurch entstehenden Vergütungsausfall zu ersetzen, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen des Annahmeverzugs nach §§ 293ff. BGB vorliegen. Dies setzt insbesondere voraus, dass die Praxis zur vereinbarten Zeit zur Durchführung der Untersuchung bereit und in der Lage war, der ausschließlich für den Patienten reservierte Termin nicht anderweitig genutzt werden konnte und die Untersuchung infolge der Nichtwahrnehmung nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden kann.

Der Vergütungsanspruch ist auf den tatsächlich entstandenen Vergütungsausfall begrenzt. Dieser beträgt voraussichtlich 91,00 € für eine Magenspiegelung und 182,00 € für eine Darmspiegelung. Ersparte Aufwendungen sowie Einnahmen aus einer anderweitigen Nutzung der freigewordenen Behandlungszeit werden entsprechend § 615 Satz 2 BGB angerechnet. Dem Patienten bleibt ausdrücklich der Nachweis vorbehalten, dass kein oder ein wesentlich geringerer Vergütungsausfall entstanden ist. Ebenso bleibt dem Patienten der Nachweis gestattet, dass die gesetzlichen Voraussetzungen des Annahmeverzugs im konkreten Fall nicht vorlagen oder er aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund objektiv nicht in der Lage war, die Untersuchung rechtzeitig abzusagen oder wahrzunehmen (nicht schuldhaftes Nichterscheinen).

5. Diese Behandlungsvereinbarung kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft gekündigt werden.

Ich bestätige, den Inhalt dieser Behandlungsvereinbarung zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Behandlungsvereinbarung an.

Datum

Unterschrift