



Privatpraxis  
**Keisinger**

medizin · biographie · physiologie

**Jens Keisinger Arzt** · Strengerstr. 16 · 33330 Gütersloh  
Tel: 05241-2100973 · Fax: 05241-2100974 · E-Mail: info@jenskeisinger.de

## **Behandlungsvertrag**

Name und Vorname d. Patienten

.....

Name des Hauptversicherten bei Minderjährigen  
oder Ehepartnern

.....

Geburtsdatum

.....

Straße und Hausnummer

.....

PLZ und Wohnort

.....

Telefonnummer tagsüber

.....

E-Mail Adresse

.....

Krankenkassenzugehörigkeit d. Patienten

Gesetzlich  Privat

Weitere Abrechnungshinweise entnehmen Sie bitte der folgenden Seite

### **Erklärung des Arztes:**

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Die /der Patient/in ist verpflichtet, Termine die er/sie nicht einhalten kann mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Dies bezieht sich nur auf Termine die mit mindestens 30 Minuten Dauer eingeplant sind.

Erfolgt keine Absage, wird dieser Ausfall nach GOÄ berechnet.

## **Abrechnungshinweise**

Erläuterung zur Diagnostik und Therapie mit konventionellen, innovativen und ganzheitlichen Behandlungsmethoden.

Ich bemühe mich neben optimaler medizinischer Versorgung auch um korrekte Abrechnungs und Erstattungsverhältnisse. Diese Hinweise sollen der Vermeidung späterer Kostenerstattungsprobleme dienen. Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für Analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen wird nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand bemessen.

Da derzeit für viele, teilweise neue und/oder sehr zeitaufwendige Leistungen eine Gebührensiffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie durch analoge Bewertungen nach §6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden. Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann. Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach §2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut §5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerhebliche finanzielle Belastungen zur Folge haben.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vorneherein auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen: Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erteilung ohne Abzug zur Zahlung fällig. Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl abhängig ist. Möglicherweise daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben. Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen. Um die Kostenübernahmesituation durch den jeweiligen Kostenträger abklären zu können, empfehle ich Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Anfrage bei der Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle einzureichen. Lassen Sie sich die Entscheidung der Erstattungsstelle bestenfalls schriftlich mitteilen. Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.

### **Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:**

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

....., den.....

.....  
Unterschrift d. Zahlungspflichtigen

.....  
Unterschrift des Arztes