

## Behandlungsvertrag für Privatversicherte/Selbstzahler Lungenpraxis Zossen

Ärzte: Dr. med. Petra Creutz und Dr. med. Christoph Ruwwe-Glösenkamp

Patientendaten:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

*bei Minderjährigen bitte gesetzlicher Vertreter*

Zwischen dem Patienten (oder gesetzlichen Vertreter) und den oben genannten Ärzten wird folgender Behandlungsvertrag vereinbart:

1. **Gegenstand der Vereinbarung:** Die privatarztliche Behandlung im internistisch-pneumologischen Fachgebiet sowie damit zusammenhängende Diagnostik und Therapie (einschließlich über das Fachgebiet hinausgehender Erkrankungen) erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Als Vergütung stehen dem Arzt GOÄ-Gebühren, Entschädigungen (z. B. Wegegeld, Reiseentschädigung) und Ersatz von Auslagen zu. Der Patient ist Honorarschuldner des Arztes.
2. **Steigerungssätze:** Für die Erbringung der Leistungen gilt der 2,3-fache Steigerungssatz. Bei besonders aufwändigen oder komplizierten Untersuchungen (z. B. wehrhafte Kinder, demente Patienten, hoher Kommunikations- oder Interventionsaufwand) gilt der 3-fache Steigerungssatz. *Begründung:* Aufwand der Untersuchungen (Zeit, Betreuung durch medizinische Fachkraft, Ausführlichkeit der Diagnostik).
3. **Rechnungsstellung:** Die Leistungen werden durch unser beauftragtes Schreibbüro in Rechnung gestellt. Sie erhalten hierzu separate Informationen zur Kenntnisnahme und Unterschrift.



## Patientenerklärung

*bitte ausfüllen und ankreuzen/durchstreichen:*

Hiermit erkläre ich, dass ich die privatarztliche Behandlung nach GOÄ wünsche.

☐ Ich bin privat krankenversichert bei der (Name der Versicherung: \_\_\_\_\_) ohne/mit Beihilfeberechtigung und akzeptiere die volle Honorarhöhe mit dem Schwellenwert 2,3 (bzw. 1,8 bei Beihilfe) sowie bei Begründung die Steigerung mit dem Faktor 3 (bzw. 2,5 bei Beihilfe). Ich bin bereit, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet.

☐ Ich bin privat krankenversichert, habe jedoch einen besonderen Tarif (Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife) mit nachfolgend festgelegten Steigerungssätzen \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ (Name der Versicherung). Bei besonderer Behandlungsnotwendigkeit bin ich bereit, einen Teil der Kosten selbst zu tragen. Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Basistarif, Standardtarif und in einigen Sondertarifen nicht alle Leistungen der Praxis erstattet werden.

☐ Ich bin Selbstzahler und bezahle die gesamte Behandlung ohne Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger selbst.

☐ Ich bin nicht privat krankenversichert, habe aber einen Erstattungsanspruch gegenüber einem sonstigen Kostenträger (z. B. Unfall-, Haftpflichtversicherung) und akzeptiere die volle Honorarhöhe wie ein privat versicherter Patient gemäß Punkt 1.

### Bestätigungen (mit Unterschrift bestätige ich):

a) Ich wurde auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Leistungen durch die Versicherung oder Beihilfe hingewiesen.

b) Mir wurde ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehandigt.

c) Ich habe Informationen über den Datenschutz (DSGVO) in der Praxis erhalten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten werden nur so lange wie notwendig in der Praxisdatenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne meine Erlaubnis weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/in  
(oder gesetzlichen Vertreters):