

# Behandlungsvertrag

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Name des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum des Patienten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Zusatzhinweise** - zutreffendes bitte Ankreuzen

Beihilfeberechtigung

Post B

KVB I-III

KVB IV

Bundespolizei

Priv.Studentenkrankenversicherung

Standardtarif (Behandlerausweis muss vorliegen)

Basistarif: (Behandlerausweis muss vorliegen)

Notlagentarif

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

## 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 Patientin entsprechend aufgeklärt.

Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

## Rechtsgrundlagen der Abrechnung:

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz.

Da derzeit für viele neue oder von der Ausgangsposition inhaltlich erheblich abweichende Leistungen eine Gebührensatz nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese 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.

Mit Erhalt der Rechnung ist die Rechnungssumme sofort fällig. Innerhalb 30 Tagen entsteht automatisch Verzug (§286 Abs. 3 BGB).

Der **Patient** hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen **Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber den privaten Kostenträgern**, wobei die Höhe der **Erstattung von der Tarifwahl** (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip der GKV) **abhängig ist**.

.../b.w.



Radiologie und  
Nuklearmedizin  
im Zentrum Vital



Dr. med. Eric Schlaudraff  
Dr. med. Uwe Rößler  
Dr. med. Nurettin Durdu  
Dr. med. Charlotte Reichel  
Dr. med. Nicolai Schramm  
Robert Reith (ang. Arzt)

Magnetresonanztomographie  
Computertomographie  
Nuklearmedizin  
Mammographie  
Digitales Röntgen  
Ultraschall

Sprechstunden:  
Mo. – Do. 8:00 – 18:00 Uhr  
Fr. 8:00 – 17:00 Uhr  
Termine nach Vereinbarung

Zentrum Vital  
Gerloser Weg 20  
36039 Fulda

Telefon: 0661-902 950  
Telefax: 0661-902 9524

praxis@radiologie-fulda.de  
www.radiologie-fulda.de

Bankverbindung  
Sparkasse Fulda  
IBAN:  
DE71 5305 0180 0000 0482 06  
BIC: HELADEF1FDS



Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/GKV berechtigen den Patienten nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit der Arztrechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 - III ZR 117/06).

Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen.

Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamtforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte
- Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers 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.

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

Unterschrift des  
Patienten/Zahlungspflichtigen.....