
Vereinbarung zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen

Persönliche Daten der Patientin/des Patienten

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____
Geburtsdatum _____ Telefon _____
E-Mail _____ Mobil _____

Für **nicht selbst Versicherte** oder **Minderjährige** bitte nachfolgend den zahlungspflichtigen Rechnungsempfänger bzw. Erziehungsberechtigten angeben

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____

Krankenversicherung

Versichert bei (Unternehmen) _____ Basistarif Ja Nein
beihilfeberechtigt Ja Nein
Studententarif Ja Nein

Privatärztliche Behandlung

Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung durch Dr. med. Christian Wirth. Mit der privatärztlichen Liquidation (Abrechnung) gemäß der jeweils aktuell gültigen Fassung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bin ich einverstanden.

Die Faktoren für das Honorar können unter Berücksichtigung von Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistungen bis zum 2,3-fachen oder 3,5-fachen Regelsatz schwanken.

Möglicherweise entstehende Differenzbeträge zwischen Rechnungshöhe und Erstattungsbetrag durch die private Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle müssten durch den Patienten selbst ausgeglichen werden. Ich bitte um Verständnis, dass keine Gewähr zur Höhe des Erstattungsbetrages durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernommen werden kann. Inwieweit eine private Zusatzversicherung oder eine Heilpraktikerversicherung die Rechnung erstattet, muss durch den Patienten abgeklärt werden. Eine Gewähr wird nicht übernommen.

Das ärztliche Honorar ist sofort mit dem Erhalt der Rechnung fällig und vollständig zu begleichen. Damit mir mehr Zeit für die Behandlung der Patienten bleibt, arbeite ich mit dem Kölner Abrechnungsdienst Heiartz und Vogel oHG zusammen. Diese Privatärztliche Dienstleistungseinrichtung wurde für Ärzte gegründet und wird von Ärzten beraten. Ihre Mitarbeiter unterliegen – wie jeder Arzt – den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Sollten gesonderte Begründungen zur Leistungsanerkennung von der privaten Krankenversicherung/Beihilfe angefordert werden, so stellen wir diese Ihnen gerne nach Rücksprache zur Verfügung.

Wir arbeiten als Terminpraxis. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie, ihn mindestens 24h vorher per Mail abzusagen, Termine an einem Montag bitte bis zum vorhergehenden Freitag 13:00 absagen. Geschieht dies nicht oder nehmen Sie den Termin unentschuldig nicht wahr, wird Ihnen dieser Termin in Rechnung gestellt.

Die obige Vereinbarung zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen mit der Praxis Dr. Wirth habe ich vollständig gelesen, verstanden und erkläre hiermit mein Einverständnis.

Düsseldorf, _____ Datum _____
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Rechnungsempfängers
(nichtzutreffendes bitte streichen)