

PRIVATPRAXIS FÜR INNERE MEDIZIN

GASTROENTEROLOGIE

Marco Soltau, Bernadottestrasse 1, 22763 Hamburg

Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen Herrn Marco Soltau und

Frau/Herrn
Name, Vorname, Geburtsdatum

Wohnhaft
Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

E-Mailadresse Telefon /

Ich wünsche die privatärztlichen Leistungen von Herrn Soltau. Ich bin mir hierbei bewusst, dass diagnostische und / oder therapeutische Leistungen oder Teile solcher Leistungen, im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden sollen. Sie müssen aus diesem Grunde auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören. Dennoch werden auch die Kosten für die durch meine Beschwerden bedingten und über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden diagnostischen Untersuchungen und Therapien, wie auch die von mir selbst angeforderten und durchgeführten Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich der Gesundheitsoptimierung, Prävention und komplementären Medizin von mir und in voller Höhe übernommen. Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt wie üblich als Privatpatient oder Selbstzahler nach der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Gemäß §5, Abs. 1-5 GOÄ, sowie §6 Abs. 2 GOÄ werden ärztliche Leistungen in der Regel mit dem 2,3-fachen Satz in Rechnung gestellt. Sie können je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die jeweilige Rechnung direkt nach erfolgtem Termin an mich ausgehändigt bzw. ggf. an meine obige Anschrift geschickt wird und in Bar oder mittels EC Card von mir direkt beglichen wird. Die Rechnung kann durch Herrn Soltau oder durch Herrn Chales-de Beaulieu gestellt werden. Meine Zahlung an Herrn Soltau erfolgt somit unabhängig von einer möglichen Erstattung (z.B. durch Krankenversicherung, Beihilfestellen etc.). Inwieweit eine Erstattung durch meine Versicherung möglich ist, bringe ich selbstständig rechtzeitig in Erfahrung und übernehme auch eine evtl. Abwicklung.

Sollte ich in Zahlungsverzug kommen, stimme ich der Übermittlung meiner Daten und Rechnung an Dritte zur weiteren Bearbeitung zu.

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Parteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung nach ausreichender Bedenkzeit einverstanden. Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Hamburg, Datum Hamburg, Datum

.....
Unterschrift M. Soltau, Stempel Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigten