

**Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen**

Zwischen

Name: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

und der

**Privatambulanz der Schön Klinik München Harlaching SE & Co. KG**

wird vereinbart:

Der Patient/die Patientin wünscht die ambulante ärztliche Behandlung in der oben bezeichneten Privatambulanz.

Die privatärztlichen Leistungen werden nach der jeweils geltenden Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Für die Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen besteht **kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz**. Der Behandlungsvertrag kommt direkt mit dem Patienten/der Patientin zustande. Der Patient/die Patientin ist als Vertragspartner/-in mithin zur Entrichtung des Entgelts selbst verpflichtet.

**Mit der Unterschrift erklärt der Patient/die Patientin, dass er/sie die ambulante privatärztliche Behandlung durch die Privatambulanz der Schön Klinik wünscht und sich insofern hiermit zur Entrichtung der Vergütung dieser privatärztlichen Leistungen nach GOÄ ungeachtet einer Übernahme oder einer Zuzahlung durch Dritte selbst verpflichtet.**

Der Patient/die Patientin ist darüber informiert, dass sofern die Privatambulanz ihn/sie zur Durchführung zusätzlich notwendiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen an eine andere Privatambulanz bzw. an einen anderen ambulant tätigen Arzt überweist, dass deren bzw. dessen Leistungen zusätzlich und gesondert in Rechnung gestellt werden.

Der Patient/die Patientin hat von den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Schön Klinik einschließlich der Hausordnung und den datenschutzrechtlichen Informationen für Patienten, die in der Patientenaufnahme einsehbar sind, Kenntnis genommen und erklärt sich mit der Geltung der AVB einschließlich der Hausordnung einverstanden und erklärt, dass er die datenschutzrechtlichen Informationen verstanden hat.

München, den

\_\_\_\_\_  
Patient/Patientin

Ich handle als Vertreter des Patienten/der Patientin und bin hierzu bevollmächtigt:

.....  
Unterschrift des Vertreters

.....  
Name des Vertreters (Blockschrift)

.....  
Unterschrift des Vertreters (bei minderjährigen Patienten)

Mir ist bekannt, dass die Privatambulanz der Schön Klinik München Harlaching die

Schön Klinik SE  
Bahnhofstraße 21-23  
83022 Rosenheim

oder

unimed  
Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH  
Auf der Heide 17-19  
66687 Noswendel

mit der Durchführung der Abrechnung der privatärztlichen Leistungen beauftragt hat. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ) und dazugehörige Diagnosen erforderlich. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

**Ich bin damit einverstanden, dass die Privatambulanz der Schön Klinik der externen Abrechnungsstelle diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der privatärztlichen Leistungen übermittelt.**

**Diese Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und der Privatambulanz der Schön Klinik statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Träger der Klinik zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
(München, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)