

Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen

Zwischen

und

Privatambulanz Prof. Dr. med. A. Rembert Koczulla

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 Prof. Dr. Koczulla bzw. im Falle dessen Verhinderung die ambulante privatärztliche Behandlung durch einen entsprechend qualifizierten Vertreter 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 der Arzt 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/die Patient/Patientin hat davon Kenntnis, dass im Rahmen des von ihm/ihr bzw. zu seinen/ihren Gunsten geschlossenen Vertrags Daten über seine/ihre Person, seinen/ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung in der Klinik notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, weiter- und mitbehandelnde Ärzte sowie Labore bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung) übermittelt werden können. Prof. Koczulla führt das Betreiben eines Rechenzentrums nicht selbst durch, sondern überträgt dies der Schön Klinik Roseneck SE & Co. KG, Am Roseneck 6, 83209 Prien am Chiemsee. Wartung und Support der Hard- und Software erfolgt durch die Schön Klinik SE.

Der Patient/die Patientin hat von den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), einschließlich der Hausordnung und den datenschutzrechtlichen Informationen für Patienten, die in der Aufnahme der Privatambulanz einsehbar sind, Kenntnis genommen und erklärt sich mit der Geltung der AVB

Behandlungsvertrag_Privatambulanz

einschließlich der Hausordnung einverstanden und erklärt, dass er die datenschutzrechtlichen Informationen verstanden hat.

Ort, Datum

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 Prof. Dr. med. A. Rembert Koczulla die

Schön Klinik SE, Bahnhofstraße 21 – 23, 83022 Rosenheim

(Nennung der externen Abrechnungsstelle)

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 Herr Dr. Leidinger 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 Dr. Leidinger statt. Diese Widerrufserklärung ist an Dr. Leidinger 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.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten)