

Behandlungsvertrag/Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung (IGEL)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Tätigkeit: _____

Krankenversicherung: _____

 gesetzlich privat**Sehr geehrte Sportlerin/Patientin, sehr geehrter Sportler/Patient, sehr geehrte Eltern,**

Sie begeben sich auf eigenen Wunsch in eine privatärztliche Behandlung. Die Honorarabrechnung für die gesamte Behandlung erfolgt per Privatliquidation auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte). Die Preise sind auf unserer Internetseite transparent dargestellt, bei Bedarf können Sie auch vor Ort jederzeit Einsicht in das Gebührenwerk nehmen. Abrechnungsberechtigt ist Frau Oberärztin Dr. med. A. Saß.

Die Kosten der ärztlichen Behandlung werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet. Inwieweit die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe zur vollständigen Erstattung der Vergütung verpflichtet sind, richtet sich unter anderem nach den Versicherungsbedingungen und dem Tarif.

Die Kosten für Leistungen der sportmedizinischen Vorsorge bzw. Prävention, Sporttauglichkeiten und Leistungsdiagnostik werden inzwischen von vielen gesetzlichen Krankenkassen mitfinanziert, von privaten Krankenkassen teils vollständig übernommen. Fragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse wegen einer möglichen Kostenbeteiligung nach. In jedem Falle (auch bei teilweise oder vollständiger Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse), sind Sie verpflichtet, die von uns erbrachten Leistungen nach Rechnungslegung unserem Haus zu vergüten. Wenn Ihre Krankenkasse eine Kostenbeteiligung vorsieht, können Sie nach Rücksprache anschließend diese Rechnung bei Ihrer Krankenkasse für eine Rückerstattung der Teil- oder Gesamtkosten einreichen.

Mir ist bekannt, dass oben genannte Leistungen nicht oder nur teilweise zu den Leistungen meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr zunächst nicht übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist daher in jedem Falle zunächst von mir selbst in vollem Umfang zu bezahlen.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ort, Datum_____
Unterschrift Patient bzw. Eltern_____
Oberärztin Dr. med. A. Saß