

Zwischen Herrn/Frau _____ (Patient/-in) und der Praxis **PROHMED by Dr. Huppertz/Eisenzentrum Heidelberg** vertreten durch **Dr. med. K. G. Huppertz** und **Dr. med. R. W. Huppertz, Eppelheimer Str. 14, 69115 Heidelberg** wird folgender Behandlungsvertrag bis auf Widerruf geschlossen:

Dr. med. K. G. Huppertz/Dr. med. R. W. Huppertz übernimmt die privatärztliche Behandlung der/des o.g. Patientin/-en. Dres. Huppertz erbringen die Behandlung persönlich oder durch einen von ihnen beauftragten Vertreter. Die Honorarabrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Vertragspartner (Patient/-in) verpflichtet sich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrags selbst zu tragen. Dem Vertragspartner ist bekannt, dass die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig selbst zu tragen sind und er zur Bezahlung der Behandlungskosten unabhängig von einen Erstattungsansprüchen gegen seine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger persönlich verpflichtet ist. Die Übernahme der Kosten durch eine Versicherung richtet sich nach den jeweiligen individuellen Vertragsbedingungen und kann daher nicht gewährleistet werden. Eine Übernahme der Behandlungskosten durch Ihre Krankenkasse/Versicherung kann somit von uns weder ganz noch teilweise garantiert werden. Es besteht nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und dem Vertragspartner (Patient/-in), nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen). Das Einverständnis erstreckt sich auch auf weitere Ärzte und Institutionen (Ärzte anderer Disziplinen, Untersuchungsstellen und Laboratorien), soweit diese an der Behandlung mitwirken müssen und liquidationsberechtigt sind. Auch hier verpflichtet sich der Vertragspartner, die dadurch verursachten Kosten und Honorare unmittelbar zu übernehmen. Mögliche Rückzahlungsansprüche gegen den Arzt an jegliche Dritte abzutreten oder diesbezüglich einem gesetzlichen Forderungsübergang zuzustimmen, bedürfen der Zustimmung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin.

Einverständniserklärung für alle Patienten/-innen:

Ich bin einverstanden, dass mir die Beantwortung evtl. Rückfragen der Krankenkasse oder anderer zur Rechnungsstellung abhängig von dem diesbezüglich erforderlichen Zeitaufwand durch Dres. Huppertz mir ggf. gesondert berechnet wird,

dass erforderliche Daten an eine Abrechnungsstelle zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen, zum Druck und Versand der Rechnungen weitergegeben werden sowie ggf. Informationen bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität eingeholt werden können,

dass bei Erschwerungen mit Begründung die ärztlichen Leistungen (auch Analogleistungen) gem. GOÄ vom 2,3-fachen bis auf den 5-fachen Satz und die medizinischen Leistungen vom 1,8-fachen bis auf den 3,5-fachen Satz gesteigert und in Rechnung gestellt werden können.

Hinweis für Kassenpatienten, Basis- und Standard-Tarif-Versicherte:

Mir ist bekannt, dass ich für meine Behandlung anstelle der vertragsärztlichen Behandlung zu Lasten meiner gesetzlichen Krankenversicherung eine privatärztliche Behandlung als Selbstzahler bzw. als Standard-Tarif-Versicherte(r) eine ggf. von meinem Tarif nicht vollständig abgesicherte Behandlung wähle. Ich verpflichte mich, die hierbei anfallende ärztliche Honorarrechnung vollständig zu bezahlen. Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenversicherung nicht bzw. nur in dem Umfang besteht, den die Krankenkasse als Sachleistung ggf. zu tragen hätte.

Hiermit bestätige ich, nach § 630 BGB dahingehend aufgeklärt worden zu sein, dass es sich um eine rein privatärztliche Behandlung handelt. Eine Abrechnung vonseiten des Arztes mit einer gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich. Es ist mir ebenfalls bekannt, dass mir u.U. ein Eigenbehalt aus den Behandlungskosten oder ein vollständiger Selbstbehalt verbleibt, wenn ein Versicherungsschutz zur Erstattung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist.

Heidelberg, _____

(Ort, Datum)

Unterschrift Patient/-in
oder gesetzlicher Vertreter