

Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen

**Dr. Bernhard Hofer und Florian Liebl – Fachärzte für
Viszeralchirurgie und Proktologie – PartG mbB**

und

Vorname

Name

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Straße, Nr.

Festnetz

Mobil

Krankenversicherung

- Beihilfeberechtigung
- Post B
- KVB I-III
- Standardtarif §5b GOÄ
- Basistarif § 13, SGB V

Ich wünsche die Untersuchung und Behandlung als Privatpatient(in).

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für Analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen **1,0 und 3,5fachem Satz**.

Sollte im Einzelfall ein höherer Steigerungsfaktor aufgrund einer besonders aufwändigen Leistung angemessen sein, schließen wir dafür mit Ihnen eine gesonderte **Honorarvereinbarung nach nach § 2 GOÄ** über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ und klären Sie darüber auf, daß die Überschreitung des Gebührenrahmens möglicherweise nicht unerhebliche finanzielle Belastungen zur Folge haben kann.

Da derzeit für viele neue oder von der Ausgangsposition inhaltlich erheblich abweichende Leistungen eine Gebührensiffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese durch **analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ** zum Ansatz gebracht werden. Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer gewährleistet.

Der Arzt darf gemäß § 4 Abs. 2 der GOÄ alle selbständigen ärztlichen Leistungen berechnen, die er **selbst erbracht hat** oder als **delegierbare Leistungen durch nichtärztliche oder ärztliche**

Mitarbeiter hat erbringen lassen, die seiner Aufsicht und fachlichen Weisung unterstehen.
Angestellte Ärztin der Praxis in diesem Sinne ist die Fachärztin Frau Dr. Schuster.

Die Rechnung nach § 12 GOÄ ist **unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung/Beihilfestelle** mit der Rechnungsstellung zur Zahlung fällig.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich die **gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage**. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die **Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann**.

Ich habe alle für meine Entscheidung nötigen Informationen über die voraussichtlichen Behandlungskosten soweit gewünscht erhalten und überschaue die wirtschaftliche Tragweite meiner Entscheidung (§ 630c Abs. 3 Satz 1 BGB).

Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die Krankenversicherung berechtigen mich nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Urteil des BGH vom 21.12.2006 – III ZR 117/06). Ich bin darüber informiert, daß ich bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV meine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchsetzen kann. Eine **Abtretung meines Erstattungsanspruches** gegenüber meinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamthonorarforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche **Kosten, die für Auftragsleistungen** im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, Pathologie, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Nützliche Hinweise:

- Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.
- Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die **Kosten für spezielle Therapieverfahren** übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen
- Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die **Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen**, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.
- Seit 01.01.2007 gelten wesentliche Änderungen im Beihilferecht. Verordnungsfähige, aber **nicht verordnungspflichtige Medikamente sind bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr beihilfefähig**.

Auf Ihren Wunsch erstellen wir gerne eine Kopie dieser Vereinbarung.

München, den

**Unterschrift des Patienten /
Zahlungspflichtigen**

Unterschrift des Arztes