



Anmeldebogen für Erstkontakt

Name der/des Rechnungsempfängers

Vorname

Geburtsdatum

Name der behandelten Person (sofern abweichend)

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße / Hausnummer

E-Mail-Adresse

Telefonnummer (privat):

Telefonnummer (mobil):

Beruf

Krankenversicherung

Name des Hausarztes

Darf ich Ihre Unterlagen und Termine unverschlüsselt per E-Mail an Sie schicken? ja nein

Darf ich Ihre Unterlagen an den Hausarzt bzw. einen weiterbehandelnden Arzt schicken? ja nein

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Internet

Freunde/Familie/Bekannte

Flyer

Hausarzt

sonstiges: _____

Hinweis:

- 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.

Medizinische Vorgeschichte

Größe: _____

Gewicht: _____

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? ja nein

Wenn Ja, welche? _____

Bestehen Allergien? ja nein

Wenn Ja, welche? _____

Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc) ja nein

Wenn Ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (Aspirin(ASS)/Marcumar/Plavix (Clopidogrel)/andere) ? ja nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus? ja nein

Leiden Sie an einer Herz-/Kreislaufkrankung oder Bluthochdruck? ja nein

Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion? ja nein

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? ja nein

Wenn Ja, welcher Art? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Sind bei Ihnen bereits Operationen am Bewegungsapparat durchgeführt worden? ja nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Sonstige Grunderkrankungen? ja nein

Wenn Ja, welche? _____

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit meiner Angaben verpflichte mich, das berechnete Honorar unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung oder meiner Beihilfestelle zu zahlen.

Ort, Datum

Unterschrift



Behandlungsvertrag für Patienten und Selbstzahler

Personen und Kontaktdaten:

Name der/des Rechnungsempfängers

Vorname

Geburtsdatum

Name der behandelten Person (sofern abweichend)

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße / Hausnummer

Adresszusatz

Versicherungsdaten:

- Privat versichert bei: _____ Beihilfe-berechtigt
 Postbeamtenkasse B KVB I-III KVB IV Basistarif (ab 2009) Standardtarif (bis 2008)
 Ich bin gesetzlich krankenversichert und wünsche ausdrücklich eine Privatbehandlung

Hinweis:

- 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.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand von vorneherein auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage zur ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen:

Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt wie üblich für Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte gemäß §5 Abs. 1-5 GOÄ sowie §6 Abs. 2 bis zum 2,3-fachen Satz. Sie können aber je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

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 problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.

Der **Patient** hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen **Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber den privaten Kostenträgern**, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip der GKV) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV /GKV berechtigen den Patienten nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit der Arztrechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 – III ZR 117/06). Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen.

Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamthonorarforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben:

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist Ihr Anspruch auf medizinische Versorgung durch Vertragsärzte bei Vorlage der Krankenversicherungskarte sichergestellt. Für Privatärzte gilt diese Regelung nicht. Deshalb müssen Sie Ihren Entschluss, sich auf eigene Kosten privatärztlich behandeln zu lassen, durch eine schriftliche Vereinbarung mit Ihrem Arzt bestätigen (vgl. § 18 BMV-Ä).

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ich. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift