

## Behandlungsvertrag

über eine ambulante privatärztliche Behandlung

zwischen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bei Kindern Name und Anschrift der/des Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

und

Klinikum Dortmund gGmbH, Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund, vertreten durch die Geschäftsführung,

Klinik für Augenheilkunde (Klinikdirektor/-in PD Dr. med. R. Liegl)

**Wie sind Sie versichert (ambulante Leistungen):**

- ☐ Privat/ggf. mit Beihilfeberechtigung ☐ Postbeamten B  
☐ Standardtarif/ Basistarif PKV (Leistungen in Anlehnung an die gesetzliche Krankenversicherung)  
☐ Selbstzahler: ich zahle die Behandlung selbst

**Name der Versicherung/ des Kostenträgers:** \_\_\_\_\_

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der zum Behandlungszeitpunkt geltenden Fassung (wenn Sie Einblick in die GOÄ nehmen möchten, sprechen Sie bitte die Mitarbeitenden an).

**Kostenübernahmeerklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:**

Hiermit verpflichte ich mich, die durch meine Behandlung entstehenden Kosten vollständig zu begleichen. Dies gilt auch, wenn die private Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnt. Sie sind in einem solchen Fall nicht zur Rechnungskürzung gegenüber dem Klinikum Dortmund berechtigt.

**Einwilligung zur Weitergabe der Daten an eine externe Abrechnungsstelle:**

Die Abrechnung der auf der Grundlage dieses Vertrages erbrachten Leistungen erfolgt über die BüdingenMed privatärztliche Abrechnungsgesellschaft mbH, Gymnasiumsstr. 18, 63654 Büdingen. Die Abrechnungsstelle erhält hierfür Einblick in meine zur Abrechnung und zum Einzug erforderlichen Daten.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Ich weiß, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten, bzw. seines Vertreters/  
Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Klinikum Dortmund gGmbH

Bitte wenden ! →

### Einverständnis zur Datenübermittlung

Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V muss der Krankenhausträger jeden Patienten nach dessen Hausarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche und **widerrufbare Einwilligungserklärung** des Patienten erforderlich.

Die folgenden **Angaben** und **Erklärungen** des Patienten sind **freiwillig!!!**

Ich teile dem Krankenhaus die Namen meiner weiterbehandelnden Ärzte mit:

1) Ja ☐ 2) Nein ☐ bitte ankreuzen

Augenarzt: : \_\_\_\_\_

Hausarzt: : \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten bzw. Befunde durch das Krankenhaus an oben genannten weiterbehandelnden Augenarzt bzw. Hausarzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei o. g. weiterbehandelndem Augenarzt / Hausarzt vorliegende Behandlungsdaten / Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können.

**Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden!**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

Bitte wenden ! →