



Cornelia-Alexandra Krebs
Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Viktoriastr.11 – 25524 Itzehoe

Tel: 04821 / 40 82 46 4 – Fax: 04821 / 40 82 46 5

E-Mail: praxis@reha-aerztin.de – Homepage: www.reha-aerztin.de

Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift

Honorarvereinbarung für Privatliquidation gemäß GOÄ

Mir ist bekannt, dass ich für die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen eine Privatliquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalte.

Hiermit wünsche ich für mich privatärztliche Behandlung und Berechnung nach GOÄ. Mit der Privatliquidation gemäß der Paragraphen 1 bis 12 bin ich einverstanden. Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ besteht.

Die Krankenversicherungen Postbeamten B und KBV I-IV werden mit den entsprechenden abgestuften Steigerungsfaktoren liquidiert.

Ärztliche Leistungen werden entsprechend der Schwere der Erkrankung und der dadurch notwendigen spezifischen Therapien bis max. 3,5fachen Satz der GOÄ berechnet. Die über den Schwellenwert von 2,3/1,8 hinausgehende Steigerungen werden begründet und spezifiziert.

Spezielle ärztliche und technische Leistungen werden gemäß Paragraph 6 der GOÄ Analog berechnet. Hier ist eine Prüfung Ihrerseits bei Ihrer Krankenversicherung durchaus sinnvoll, ob eine Kostenübernahme durch Ihre Krankenversicherung erfolgt. (z.B. Osteopathie und Behandlungsmethoden im Sinne der traditionellen chinesischen Medizin und neue moderne technische Geräte, die nicht Bestandteil der veralteten GOÄ von 2006 sind)

Die Kosten für berechnungsfähige verbrauchte Materialien und Medikamente werden gemäß Paragraph 10 der GOÄ detailliert in der Rechnung angegeben.

Mir ist auch bekannt, dass die Erstattungsleistungen meiner Krankenversicherung, ggf. bei Wahlтарifen, den Betrag der Privatliquidationen nicht erreichen werden, wir bitten um Information Ihrerseits, wenn Sie lediglich zum Basis- oder Standardtarif versichert sind.

Bei Nichterstattung (auch anteilig) bzw. Ablehnung des Rechnungsbetrages durch die Krankenversicherung, ist der volle Rechnungsbetrag auszugleichen. Wir sind Ihnen mit Stellungnahmen für Ihre Krankenversicherung gerne behilflich, sofern ein Widerspruch Sinn macht. Hierfür bedarf es einer Prüfung, ob die Versicherungsbedingungen eine Kürzung gerechtfertigt.

Ausfallpauschale!!

Für Termine, die nicht 24 Std. vorher abgesagt werden, berechnen wir die Ausfallpauschale von 10,72€ (GOÄ Ziffer 1 ärztliche Beratung).

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich bin damit einverstanden,

- dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die Praxis Krebs ist verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- dass die Praxis Krebs, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und/oder behandelnden Facharzt, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Die Praxis Krebs darf diese Informationen nur zum Zwecke der notwendigen Behandlung verwenden.
- dass die Praxis Krebs Behandlungsdaten und Befunde, zum Zwecke der notwendigen Behandlung an meine o. g. Krankenkasse/Krankenversicherung, weiterleiten darf.
- dass die Praxis Krebs Behandlungsdaten, zum Zwecke der notwendigen Behandlung an die Laborgemeinschaft Lademannbogen, weiterleiten darf.
- dass die Praxis Krebs, auf meinen persönlichen Wunsch, Verordnungen und/oder Befunde unverschlüsselt per E-Mail/Fax oder per Post an Hausarzt, Apotheke oder Physiotherapeuten verschickt oder ggf. durch Dritte abgibt.

Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre freiwillig mein Einverständnis zur Datenübermittlung.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Itzehoe, den

Unterschrift (ab 14. Lj.);

Unterschrift / Erziehungsberechtigter (bis 18.Lj.)