

Beratungs- / Behandlungsvertrag



Zwischen Herrn / Frau

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Straße u. Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

als Patient/-in oder als gesetzliche/-r Vertreter/-in bei minderjährigen Kindern und sonstigen betreuten Personen und Herrn **Dr. med. Rainer Treude** wird folgender Vertrag geschlossen: **Dr. Treude** übernimmt die privatärztliche Beratung und Behandlung der/des Patientin/-en. Er erbringt die Leistungen persönlich oder durch einen von ihm beauftragten Vertreter.

Bei gesetzlicher Vertretung bitte zusätzlich Namen, Geburtsdatum und Anschrift der/des Patientin/-en angeben:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Straße u. Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Die Honorarabrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Vertragspartner (Patient) verpflichtet sich hiermit, die für die Beratung und Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe des Rechnungsbetrags selbst zu tragen. Dem Vertragspartner ist bekannt, dass er zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet ist, unabhängig von seinen Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträger. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei.

Es besteht nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und dem Vertragspartner (Patienten), 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.

Die Patienteninformationen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen. Patientendaten werden auf unseren praxisinternen Servern online-verschlüsselt gespeichert.

Mein Versichertenstatus ist:

Selbstzahler(in) (ges. Kasse oder Basis- bzw. Standard-Tarif einer Privatversicherung)

Selbstzahler(in) (ohne Versicherung)

Privatversicherte(r) bei der _____
zusätzlich beihilfeberechtigt bei Bund/Land/Kommune

Ort: _____, den _____

Unterschrift des Patienten/Unterzeichnungsberechtigten: _____



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

Mir ist bekannt, dass ich für meine privatärztliche Behandlung durch Herrn **Dr. Treude** anstelle der vertragsärztlichen Behandlung zu Lasten meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung privatärztliche Behandlung als Selbstzahler wähle. Ich verpflichte mich, die hierbei anfallende ärztliche Honorarrechnung 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 zu tragen hätte.

Hiermit bestätige ich, nach § 630 BGB 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 unter Umständen ein Eigenbehalt aus den Behandlungskosten oder ein vollständiger Selbstbehalt verbleibt, wenn ein Versicherungsschutz zur Erstattung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist.

Ort: _____, den _____

Unterschrift des Patienten/Unterzeichnungsberechtigten: _____



Anmerkungen:

Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Dabei kann leider gelegentlich der Eindruck entstehen, dass Abrechnungsinhalte nicht korrekt oder unberechtigt seien. Bei Fragen zu ihrer Rechnung bitten wir die Patienten daher, sich direkt mit der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) in Limburg in Verbindung zu setzen. Es ist für uns selbstverständlich, bei der Klärung von Unstimmigkeiten oder Unklarheiten behilflich zu sein.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und den Datenschutz ist:

Naturheilkundlich-Homöopathische Praxis Dr. med. Rainer Treude

Baumschulenweg 4

56077 Koblenz

Tel. 0261 922003

info@naturheilpraxis-treude.de

Die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten entfällt aus rechtlichen Gründen.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Hintere Bleiche 34

55116 Mainz

Postanschrift

Postfach 30 40

55020 Mainz

Telefon: 061 31/208-2449

Telefax: 061 31/208-2497

E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de

Homepage: <https://www.datenschutz.rlp.de>

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam