



Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen

Privatpraxis PD Dr. med. M. Raschid Hoda

und

Frau/Herrn _____ Geb.-Datum _____

Wohnhaft in _____

wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Herr PD Dr. Hoda kann mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des/der Patientin/Patienten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen lassen. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung stets erklärend aufgeführt.

Der Patient teilt ausdrücklich mit,

- in der nachfolgend genannten Versicherung **privat krankenversichert** zu sein:
Name der Versicherung: _____
- Ärztliche Leistungen der Privatpraxis PD Dr. Hoda als **Selbstzahler/in** in Anspruch zu nehmen (z.B. bei sonst bestehender, in diesem Behandlungsfalle nicht eintretender, gesetzlicher Krankenversicherung oder nicht bestehender regulärer Krankenversicherung)
- dass eventuell zusätzlich die **Beihilfe** der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe erklärt der Patient hiermit ausdrücklich, die Kosten der Behandlung in voller Höhe persönlich zu tragen. Die Honorarzahlung ist somit bis maximal zwei Wochen nach Rechnungsstellung vom Patienten direkt zu begleichen, auch, wenn eine Kostenerstattung bis dahin noch nicht oder nur teilweise erfolgt ist. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei.

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 uns in Verbindung zu setzen. Es ist für uns selbstverständlich, bei der Klärung von Unstimmigkeiten oder Unklarheiten behilflich zu sein.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne ausdrückliche Erlaubnis des Patienten weitergegeben.

Düsseldorf, den ___ / ___ / _____

Unterschrift des Patienten

PD Dr. med. M. Raschid Hoda