

Behandlungsvertrag Krankenhausambulanz Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen



Zwischen

Name: _____ geb. _____

und der

Privatambulanz der imland Klinik

wird vereinbart:

Der Patient/ die Patientin wünscht die ambulante ärztliche Behandlung in der oben angezeigten Privatambulanz.

Die privatärztlichen Leistungen werden nach der jeweils geltenden Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Für die Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen besteht **kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz**. Der Behandlungsvertrag kommt direkt mit dem Patienten/der Patientin zustande. Der Patient/ die Patientin ist als Vertragspartner/-in mithin zur Entrichtung des Entgelts selbst verpflichtet. Eine Erstattung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht im vollem Umfang gewährleistet.

Mit der Unterschrift erklärt der Patient/ die Patientin, dass er/sie die ambulante privatärztliche Behandlung durch die Privatambulanz der imland Klinik wünscht und sich insofern hiermit zur Entrichtung der Vergütung dieser privatärztlichen Leistungen nach GOÄ ungeachtet einer Übernahme oder einer Zuzahlung durch Dritte selbst verpflichtet.

Der Patient/die Patientin ist darüber informiert, dass die Privatambulanz ihn/sie zur Durchführung zusätzlich notwendiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen an eine andere Privatambulanz bzw. an einen anderen ambulant tätigen Arzt überweist, dass deren bzw. dessen Leistungen zusätzlich und gesondert in Rechnung gestellt werden.

Der Patient/die Patientin hat von den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der imland Klinik einschließlich der Hausordnung und den datenschutzrechtlichen Informationen für Patienten, die in der Patientenaufnahme einsehbar sind, Kenntnis genommen und erklärt sich mit der Geltung der AVB einschließlich der Hausordnung einverstanden und erklärt, dass er die datenschutzrechtlichen Informationen verstanden hat.

Rendsburg, den

Patient/Patientin

Ich handle als Vertreter des Patienten/ der Patientin und bin hierzu bevollmächtigt:

Unterschrift des Vertreters

Name des Vertreters in Blockschrift

Unterschrift des Vertreters bei minderjährigen Patienten