

Vereinbarung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung und wirtschaftliche Aufklärung gemäß § 630c Abs. 3 BGB

Zwischen

(Klinik) _____ **M1 – Privatklinik AG** _____

und

(Patient) _____

Name

Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Arzt und Patient sind sich darüber einig, dass folgende Behandlung auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden soll: **Erstvorstellung ohne Labordiagnostik**

Die Behandlungskosten belaufen sich **voraussichtlich** auf ca.: **350€**

Dem Patienten ist bekannt, dass die vorstehenden Kosten nur nach der voraussichtlichen Höhe berechnet werden können und sie sich durch den Verlauf der Behandlung insbesondere durch eventuelle Komplikationen auch deutlich erhöhen können.

Diese Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung und Verpflichtung als Selbstzahler ist auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten zustande gekommen.

- Ausschlaggebend für die Entscheidung war, dass die gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.**
- Ausschlaggebend für die Entscheidung war, dass die gewünschte Behandlung zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, der Patient jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation wünscht.**
- Ausschlaggebend für die Vereinbarung war, dass der Leistungserbringer nur privatärztlich tätig ist. Eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung besteht nicht.**

Die vereinbarte Behandlung kann möglicherweise nicht mit der Krankenkasse, der privaten Kranken(Zusatz)versicherung oder einem anderweitigen Kostenträger abgerechnet werden. Es besteht (ggf.) kein Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise. Insoweit obliegt es dem Patienten sich vorab hierüber zu informieren. Der behandelnde Arzt wird die erbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Dem Patienten als Selbstzahler ist bekannt, dass er die Honorare für die ärztlichen Leistungen unmittelbar dem behandelnden Arzt schuldet, was eine finanzielle Belastung darstellen kann.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreters

Unterschrift des Arztes