



Einwilligungserklärung zur privatärztlichen Abrechnung

Patientin/Patient

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:	
E-Mail:	Ich wurde über die Risiken der elektronischen Kommunikation (z. B. unverschlüsselte E-Mails) informiert und erkläre mich dennoch ausdrücklich mit dieser Form der Befundübermittlung einverstanden.	

Ich wünsche die Durchführung privatärztlicher Leistungen (Leistungsempfänger)

Mir ist bekannt, dass die Rechnungsstellung für diese Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Gemäß GOÄ werden ärztliche Leistungen mit dem Faktor 2,3 multipliziert. Für Sachleistungen gilt ein Faktor bis 1,8. Untersuchungen und Beratungen, die mit erhöhtem Zeitaufwand (> 10 Min.) oder unter besonderen Umständen (erschwerte Untersuchungsbedingungen, Multiorganuntersuchungen) erfolgen, werden mit dem Faktor 3,5 berechnet.

Mir ist bekannt, dass diese Faktoren nicht von allen Beihilfestellen bzw. privaten Krankenversicherungen im jeweiligen Umfang beglichen werden, so dass eine Erstattung der Behandlungskosten seitens der Versicherung gegenüber mir als Leistungsempfänger möglicherweise nicht in vollem

Umfang gewährleistet ist. Sollte meine Versicherung so verfahren, muss ich den Differenzbetrag als Leistungsempfänger zu meinen Lasten begleichen.

Die Rechnungsstellung seitens der Praxis erfolgt nach Behandlungsabschluss und ist vom Leistungsempfänger sofort bzw. innerhalb von zwei Wochen ab Rechnungsdatum zu begleichen, unabhängig von der Kostenerstattung durch Beihilfestellen und private Krankenversicherungen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis im Falle des Zahlungsverzuges zum Zwecke der Durchsetzung ausstehenden Behandlungskosten alle erforderlichen Unterlagen wie Rechnungen, Zahlungserinnerungen und Mahnungen an ein Drittunternehmen (Rechtsbeistand, Inkasso) weitergibt.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten:

Ort

Datum

Ort

Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Dr. C. Mayer (Arzt)