

## Vereinbarung über privatärztliche Behandlung

Frau Dr. Miriam Bachmann (und ihre Vertretung) und

\_\_\_\_\_  
(Name des erziehungsberechtigten Vertragspartners)

vereinbaren die privatärztliche Behandlung für  
(Name, Vorname; ggfs. Familienangehöriger, z.B. Kind):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Die privatärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. In keinem Fall kommen psychotherapeutische Ziffern zum Tragen, es bleibt bei fachärztlichen Ziffern. Die Berechnung erfolgt an den Patienten / Versicherten und wird fällig, unabhängig davon, ob Dritte (z.B. Krankenversicherungen) die Kosten übernehmen. Dies gilt auch für das ggfs. in Auftrag gegebene Gutachten.

Sorgeberechtigter Vertragspartner (Name, Vorname, Anschrift)	
Rechnungsanschrift	
Name und Sitz der Versicherung	
Ich wünsche eine Erstellung und Zusendung eines abschließenden schriftlichen Gutachtens an	mich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	den behandelnden Arzt (Ärztin) (z.B. Kinderarzt): ja <input type="checkbox"/> (bitte nennen Sie Namen und Anschrift des Arztes):  nein <input type="checkbox"/>
PVS Einverständniserklärung	gem. § 4a Bundesdatenschutzgesetz: Ich erkläre mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an: die Ärzte / ärztliche Institutionen, die im Rahmen der medizinisch erforderlichen Behandlung zur weiteren Leistungserbringung eingeschaltet werden müssen und die ärztlich geleitete Verrechnungsstelle (PVS), Moltkestr. 1 in 23795 Bad Segeberg, zur Erstellung und zum Einzug der privaten Honoraranforderung
Ausfallhonorar	Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung gestellt werden.
Datum, Unterschrift	