

## Privatärztlicher Behandlungsvertrag

(Selbstzahler- und Privatleistungen / Individuelle Gesundheits- Leistungen IGeL)  
zwischen

**Frau Sabine Kurpgoweit**

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Ärztliche Praxis für Integrative Medizin  
Bloherfelder Str. 165, 26129 Oldenburg  
– nachfolgend „Ärztin“ –

und

**Patient:in**

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**privat versichert**     **gesetzlich versichert (Selbstzahler)**

– nachfolgend „Patient:in“ –

### §1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die **privatärztliche Behandlung** im Bereich der **funktionellen, integrativen und komplementärmedizinischen Medizin**.
- (2) Die Behandlung erfolgt **außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung**. Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht.
- (3) Bei gesetzlich versicherten Patient:innen handelt es sich um **individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)** im Sinne der §§ 630a ff. BGB.

## §2 Medizinische Einordnung

(1) Die angebotenen Leistungen sind **nicht medizinisch notwendig im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung**, können jedoch aus ärztlicher Sicht medizinisch sinnvoll oder wünschenswert sein.

(2) Die Patientin / der Patient wurde darüber informiert, dass:

- kein Anspruch auf Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen besteht,
- private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen die Kosten ganz oder teilweise ablehnen können,
- ein bestimmter Behandlungserfolg nicht geschuldet wird.

(3) Alternativen, einschließlich der Möglichkeit, auf einzelne Leistungen zu verzichten, wurden erläutert.

## §3 Aufklärung, Information und Einwilligung

(1) Die Patientin / der Patient erklärt, sich **vor Aufnahme der Behandlung** über:

- Art und Ausrichtung der privatärztlichen Leistungen,
- deren Status als Selbstzahlerleistungen,
- sowie über die grundsätzliche Kostenpflicht

informiert zu haben (z. B. über Praxisinformationen, Homepage oder Terminunterlagen).

(2) Eine weitergehende ärztliche Aufklärung erfolgt **situations- und behandlungsbezogen** im Rahmen der Behandlung.

(3) Die Einwilligung in die Behandlung erfolgt **freiwillig** und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

## §4 Freiwilligkeit und Unabhängigkeit

- (1) Die Inanspruchnahme der Leistungen erfolgt ausschließlich auf Wunsch der Patientin / des Patienten.
- (2) Die Entscheidung für oder gegen einzelne privatärztliche Leistungen hat **keinen Einfluss auf andere medizinisch notwendige Behandlungen**.

## §5 Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vergütung erfolgt ausschließlich als **Privateistung**.
- (2) Die Abrechnung erfolgt:
  - nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** in der jeweils gültigen Fassung,
  - unter Anwendung von **Steigerungssätzen** sowie
  - ggf. unter Verwendung von **Analogziffern gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ**, insbesondere bei funktionellen, integrativen oder komplementärmedizinischen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis nicht ausdrücklich enthalten sind.
- (3) Ein Vertragsverhältnis besteht ausschließlich zwischen Ärztin und Patient:in. Ein Erstattungsanspruch gegenüber Dritten besteht nicht.

## §6 Fremdleistungen

- (1) Sofern im Rahmen der Behandlung Leistungen durch Dritte (z. B. Labore, externe Ärzt:innen, Diagnostikstellen) erforderlich werden, erklärt sich die Patientin / der Patient hiermit einverstanden.
- (2) Die hierdurch entstehenden Kosten sind **unmittelbar von der Patientin / dem Patienten zu tragen**, sofern nichts anderes ausdrücklich vereinbart wurde.

## §7 Online- und Videobehandlung

- (1) Die Behandlung kann – sofern medizinisch vertretbar – auch **per Video- oder Onlinekonsultation** erfolgen.
- (2) Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass in diesem Fall:
- die Beratung ggf. ohne körperliche Untersuchung erfolgt,
  - hieraus diagnostische oder therapeutische Einschränkungen resultieren können.
- (3) Die Abrechnung erfolgt auch in diesen Fällen gemäß §5 dieses Vertrages.

## §8 Rücksendung des Behandlungsvertrages / Terminvoraussetzung

- (1) Dieser Behandlungsvertrag ist von der Patientin / dem Patienten **spätestens drei Kalendertage vor dem vereinbarten Behandlungstermin** unterschrieben an die Praxis zurückzusenden, entweder
- postalisch oder
  - per E-Mail (Scan oder Fotokopie).
- (2) Geht der unterschriebene Vertrag nicht fristgerecht ein, behält sich die Ärztin ausdrücklich vor, **den vereinbarten Termin ihrerseits zu stornieren**, ohne dass hieraus Ansprüche der Patientin / des Patienten entstehen.

## §9 Ausfallhonorar / Nicterscheinen

- (1) Die vereinbarten Behandlungstermine sind **exklusive Termine**, die speziell für die Patientin / den Patienten reserviert werden.
- (2) Wird ein verbindlich vereinbarter Termin:
- nicht wahrgenommen oder
  - weniger als **24 Stunden vor dem Termin** abgesagt,

ist die Ärztin berechtigt, ein **Ausfallhonorar** in Höhe des Honorars zu berechnen, das dem für den Termin vorgesehenen Zeitfenster entspricht.

- (3) Dies gilt nicht, wenn die Patientin / der Patient ohne eigenes Verschulden am Erscheinen gehindert war.
- (4) Der Nachweis eines geringeren oder fehlenden Schadens bleibt der Patientin / dem Patienten vorbehalten.

## §10 Haftung

- (1) Die Behandlung erfolgt nach den **anerkannten fachlichen Standards**.
- (2) Eine Haftung für den Eintritt eines bestimmten Behandlungserfolges ist ausgeschlossen, soweit gesetzlich zulässig.
- (3) Die Haftung für Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt.

## §11 Datenschutz

- (1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß der **Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**.
- (2) Die Patientin / der Patient bestätigt, die Datenschutzhinweise der Praxis zur Kenntnis genommen zu haben.

## §12 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der **Schriftform**.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Regelungen unberührt.
- (3) Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.



## Einwilligungserklärung

Ich bestätige,

- dass ich die privatärztliche Behandlung wünsche,
- dass mir die Kostenpflicht bekannt ist,
- dass ich die Kosten selbst trage.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient:in:

Unterschrift Ärztin: