



**INTEGRATIVE
MEDIZIN**

SABINE KURPGOWEIT
FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Behandlungsvertrag

Zwischen

Frau Sabine Kurpgoweit

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Ärztliche Praxis für Integrative Medizin,

Bloherfelder Str. 165, 26129 Oldenburg

und

Patient/Patientin

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ und Ort _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail: _____ Privat Versichert Selbstzahler

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Erklärung der Ärztin

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des/der Patienten/in werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Die Ärztin erbringt die privat-ärztliche Behandlung persönlich oder durch einen von ihr beauftragten Vertreter. Mit dem Behandlungsvertrag besteht ein Vertragsverhältnis zwischen der Ärztin und dem Vertragspartner (PatientIn), nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen). Das Einverständnis erstreckt sich auch auf weitere Ärzte und Institutionen (Ärzte anderer Disziplinen, Untersuchungsstellen und Laboratorien), soweit diese an der Behandlung und Diagnostik mitwirken müssen und liquidationsberechtigt sind. Auch hier verpflichtet sich der Vertragspartner, die dadurch verursachten Kosten und Honorare unmittelbar zu übernehmen.

Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen sowie die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Der PatientIn verpflichte sich ausdrücklich zur Zahlung eines Ausfallhonorars: Wird es versäumt, einen fest vereinbarten Behandlungstermin wahrzunehmen, schuldet der Patient ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedriger entstanden sei, bleibt hiervon unberührt, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch die Ärztin.

Ort, Datum,

Unterschrift Patient

Wünschen Sie Ihre Rechnung per verschlüsselte Email ?