

Radiologisches Zentrum Burgenlandkreis

Dr. med. U. Schaumlöffel-Schulze, Dr. med. T. Becker,
Dr. med. H. Bergert, Dr. medic O.-I. Rosoaga



06618 Naumburg, Kösemer Straße 30, Tel. 03445-71490
06712 Zeitz, Am Herrmannschacht 8, Tel. 03441-639980
06667 Weißenfels, Selauer Straße 5, Tel. 03443-302151

Behandlungsvertrag Teil 1.

Privatpatient / Selbstzahler

1 Patientendaten

Name, Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Straße / Nr.:	_____		
PLZ / Wohnort:	_____		
Telefonnummer:	_____		
E-Mail:	_____		

2 Angaben zum Versicherungstarif

Je nach Tarif Ihrer privaten Krankenversicherung gelten unterschiedliche Vorgaben für die Abrechnung. Bitte geben Sie deshalb an, ob Sie im Normaltarif oder in einem Sondertarif (Basis- oder Standardtarif) versichert sind.

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Tarifart an:

☐ **NORMALTARIF**

Ich bin in einem regulären Tarif der privaten Krankenversicherung versichert. Es handelt sich weder um einen Basistarif noch um einen Standardtarif. Ein möglicher Beihilfeanspruch bleibt hiervon unberührt.

☐ **SONDERTARIF (Basistarif oder Standardtarif)**

Ich bin in einem der folgenden brancheneinheitlichen Sondertarife versichert.

WICHTIGER HINWEIS

Bei einer Versicherung im Basis- oder Standardtarif ist vor Beginn der Behandlung ein aktueller Tarifnachweis der privaten Krankenversicherung vorzulegen.

Ich bestätige, dass meine Angaben zum Versicherungstarif richtig und vollständig sind. Eine Änderung meines Versicherungstarifs werde ich dem Radiologischen Zentrum Burgenlandkreis vor einer weiteren Behandlung mitteilen.

Datum

Unterschrift Patient(in)

BITTE BEACHTEN

Der Behandlungsvertrag wird auf der Rückseite fortgesetzt. Bitte wenden Sie das Blatt und lesen Sie den Vertrag vollständig durch.

Behandlungsvertrag Teil 2.

Privatpatient / Selbstzahler · Vertragsbedingungen und zusätzliche Angaben

3 Vertragsbedingungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zwischen Ihnen und dem Radiologischen Zentrum Burgenlandkreis wird ein Behandlungsvertrag über die vereinbarten radiologischen Leistungen geschlossen. Für das Behandlungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

1. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung und der Empfehlung der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz. Für technische Leistungen in der Regel zum 1,8-fachen Satz und unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 2,5-fachen Satz. Abweichende Beihilfebestimmungen oder Versicherungstarife können leider nicht berücksichtigt werden.
2. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar entsprechend der unter Punkt 1. genannten Richtlinien zu zahlen.
3. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Versicherungsträger möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.
4. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht rückwirkend, soweit die Leistung durch das Radiologische Zentrum Burgenlandkreis bereits erbracht wurde.
5. Einseitige Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen durch die Patientin oder den Patienten werden nicht Bestandteil dieses Behandlungsvertrages. Abweichende Vereinbarungen bedürfen der ausdrücklichen Zustimmung des Radiologischen Zentrums Burgenlandkreis. Individuell zwischen den Vertragsparteien getroffene Vereinbarungen bleiben unberührt.

BESTÄTIGUNG

Mit ihren Unterschriften bestätigen die Vertragsparteien die vorliegende Vertragsfassung. Die Patientin oder der Patient bestätigt außerdem, ausreichend Gelegenheit gehabt zu haben, den Vertrag zu lesen, und eine Privatbehandlung zu wünschen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

4 Bei Untersuchungen von Kindern privat versicherter Patienten:

Name / Vorname des Kindes:

Geboren am:

Straße / Nr.:

PLZ / Wohnort:

Hauptversicherter (HV):

(HV = Hauptversicherter)

Telefonnummer (HV):

(HV = Hauptversicherter)

E-Mail-Adresse (HV):

(HV = Hauptversicherter)

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils