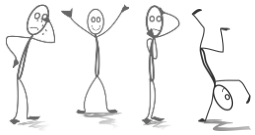
Dr. med. Daniel Brox
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Zwingergasse 4a | 74889 Sinsheim | Telefon: 07261/8808 | Fax: 07261/735699



Behandlungsvertrag für privatärztliche Liquidation

_____ _____
Name, Vorname des Patienten/in Geburtsdatum

_____
Adresse

_____ _____
Telefonnummer Versicherungsträger

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift schließen wir einen Vertrag über kinderpsychiatrische/psychotherapeutische Leistungen. Die privatärztliche Liquidation/Rechnung erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung und den Empfehlungen der Bundesärztekammer in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz für ärztliche Leistungen, unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 3,5-fachen Satz. Abweichende Beihilfebestimmungen oder Versicherungstarife können leider nicht berücksichtigt werden.

Die Zahlungen wird mit der Rechnungsstellung fällig. Der Patient verpflichtet sich als Selbstzahler das entsprechend o.g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt.

Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistung durch den Arzt bereits erbracht wurde.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zugleich, dass Sie ausreichend Zeit hatten, diesen Vertrag zu lesen und Fragen zu stellen, ebenso, dass der Inhalt für Sie verständlich ist. Sie erklären verbindlich, eine Privatbehandlung zu wünschen. Sie erhalten Duplikate dieses Vertrages auf Nachfrage im Sekretariat.

Sinsheim, den _____ Unterschrift Patient _____

Sinsheim, den _____ Unterschrift Praxis i.V. _____

<u>Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von §73 Abs. Ib SGB V durch den Facharzt</u>

_____ _____

Name, Vorname des Patienten Name gesetzlicher Vertreter

_____ _____

Wohnort Geburtsdatum des Patienten

Ich erkläre mich einverstanden, dass

in der Praxis Dr. med. Brox die Patientendaten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und die Art der Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich weiterhin einverstanden, dass

- der behandelnde **Arzt/Psychotherapeut** meines Kindes die **Behandlungsdaten** und **Befunde**, zum Zweck der beim Hausarzt/Kinderarzt/Psychotherapeut zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung, an meinen Hausarzt/Kinderarzt/Psychotherapeut oder andere Leistungserbringer **übermittelt/anfordert**.

- der behandelnde **Arzt/Psychotherapeut** meines Kindes, bei dessen Hausarzt/Kinderarzt/ Psychotherapeut oder anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern, die für meine Behandlung erforderlichen **Behandlungsdaten** und **Befunde erhebt** und für die Zwecke der von dem behandelnden Arzt/Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen **verarbeitet** und **nutzt**.

Mein Hausarzt/Kinderarzt/Psychotherapeut oder Leistungserbringer ist:

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Hinweis: *Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.*