

Behandlungsvertrag Privatpatienten/Selbstzahler

über die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen bei Herrn Dr. Hendrik Feldhaus bzw.
Frau Dr. med. Ilka Nagel, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
unter Einbezug der therapeutischen Mitarbeiterinnen

bezüglich der Behandlung von

.....
Name, Vorname des zu behandelnden Kindes bzw. der/des Jugendlichen, jungen Erwachsenen Geburtsdatum

.....
Adresse u. Telefonnummer

vertreten durch die Sorgeberechtigten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Rechnungsempfänger

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Versicherung:

Mit Ihrer Unterschrift kommt zwischen Ihnen und dem Kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Zentrum **kipz**[®] ein Behandlungsvertrag über ambulante Leistungen zustande. Für diesen Vertrag gelten nachfolgende Bedingungen als vereinbart:

1. Vereinbarte Untersuchungstermine müssen vom Patienten eingehalten werden. Andernfalls sind wir berechtigt, ein Ausfallhonorar zu verlangen (siehe Terminausfallhonorar).
2. Die privatärztliche Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung 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. Für technische Leistungen in der Regel bis zum 1,8-fachen Satz und unter berechtigten Voraussetzungen auch bis zum 2,5-fachen Satz. Nach § 4 GOÄ wird bei Leistungserbringung durch Dritte (Labor) von diesen eine gesonderte Rechnung gestellt.
3. Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig. Der Rechnungsempfänger verpflichtet sich als Selbstzahler, das entsprechend o. g. Richtlinien fällige Honorar zu zahlen.
4. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang erfolgt. Dies gilt auch für Analogziffern, die in der GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.
5. Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt gekündigt werden, jedoch nicht mehr rückwirkend, soweit die Leistungen bereits erbracht wurden.

Terminausfallhonorar

Wenn absehbar ist, dass ein **Termin** nicht eingehalten werden kann, muss ich diesen **bis spätestens 2 Werktage (48 Stunden) vorher telefonisch, per Fax oder E-Mail absagen**, damit noch die Möglichkeit besteht, dass das **kipz**[®] anderen Patienten diesen Termin anbieten kann. Erfolgt die **Terminabsage nicht rechtzeitig**, wird mir ein **Terminausfallhonorar** in Anlehnung an die ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) in Rechnung gestellt, welches ich **unabhängig von der Art der Versicherung selbst zahlen** muss, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Das Ausfallhonorar beträgt für ein nicht rechtzeitig abgesagtes a) Arztgespräch mit Sorgeberechtigten/Eltern bzw. Kind 44 € und b) Arztgespräch mit Sorgeberechtigten/Eltern und Kind 65 €. Mir wird für einen nicht rechtzeitig abgesagten c) Diagnostiktermin mit Kind 30 €, d) Diagnostiktermin mit Sorgeberechtigten und Kind 44 € und e) Termin zur körperlich-neurologischen Untersuchung/Blutabnahme 23 € und f) sensomotorische Übungsbehandlung 28 € in Rechnung gestellt. Das Ausfallhonorar beträgt für eine nicht rechtzeitig abgesagte Psychotherapeutische Sprechstunde 63 €.

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. Weiterhin erklären Sie verbindlich, eine Privatbehandlung im **kipz**[®] zu wünschen. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, eine Kopie dieser Erläuterungen erhalten zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Sorgeberechtigten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Rechnungsempfängers

.....
Ort, Datum

.....
Name, Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes

