



Informationen zur Osteopathie-Sprechstunde

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen

Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Eltern,

Sie oder Ihr Kind werden in meiner Praxis über die üblichen schulmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren hinaus mit weiteren Therapieformen (z.B. Osteopathie) behandelt.

Es handelt sich hierbei um zum Teil sehr zeitaufwändige therapeutische Maßnahmen, die einer jahrelangen Zusatzausbildung bedürfen. Die Leistungen werden in Anlehnung an die Empfehlungen der osteopathisch-manualmedizinischen Fachgesellschaften und des BDOÄ (Berufsverband Deutscher Osteopathischer Ärztegesellschaften e. V.) / Stand: September 2015) gemäß §2 der Gebührenordnung privat in Rechnung gestellt. Die Liste der üblichen Abrechnungsziffern wurde Ihnen vorgelegt.

Bei Privatpatienten übernehmen in der Regel die Krankenkassen diese Leistungen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei mir / meinem Kind eine der vorgenannten Behandlungen sinnvoll ist. Über alternative Behandlungsmöglichkeiten fühle ich mich ausreichend informiert.

Ich willige ausdrücklich in eine privatärztliche Behandlung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein.

Die Unterschrift dokumentiert Ihr Einverständnis zur privatärztlichen Behandlung (gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) im Sinne eines Behandlungsvertrages.



Name des Patienten

Datum, Unterschrift

Information für Patienten der Privatversicherungen:

Alle ärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte zu den dort angegeben üblichen Steigerungssätzen abgerechnet und müssen infolgedessen vom Patienten privat bezahlt werden.

Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der privaten Krankenkassen enthalten sind, müssen gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte als sog. Analogziffern in Rechnung gestellt werden. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gegeben.

Bitte beachten Sie: Die Warteliste mit zum Teil sehr bedürftigen Patienten ist lange. Eine Absage vereinbarter Termine sollte nur in dringenden Fällen, muss spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werde ich Ihnen privat in Rechnung stellen!

Erklärung zum Datenschutz (Entbindung des Arztes von der gesetzl. Schweigepflicht)

Patient/in: _____	_____	_____
	Name, Vorname	Geb.-datum
bei Kindern: _____	_____	_____
	Name d. Vaters /d. Mutter, Vorname	Geb.-Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

meine Rechnungen bearbeitet die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung (DGPARG, Bernauer Strasse 21, 83209 Prien am Chiemsee). Diese Gesellschaft wird nach meinen Weisungen tätig, alle Mitarbeiter unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und sind insbesondere auf das Datengeheimnis verpflichtet (§5 BDSG). Die DGPARG darf die Forderung als Sicherheit der eigenen Refinanzierung an die A.B.S. Global Factoring AG weiterleiten.

Sie erklären mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, alle notwendigen Daten (Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsempfänger, Kostenträger, Diagnosen etc.) zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen an o.g. Unternehmen freizugeben.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß §§33 BDSG.



Hiermit erteile ich mein Einverständnis: _____

Datum Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter