



PRAXIS Dr. Reuter

Facharzt für Innere Medizin
Hausarzt

Behandlungsvertrag

zwischen
Dr. med. Tobias Reuter
und

Name Vorname Zusatz Titel

Geburtsdatum Krankenkasse

PLZ Ort Land

Straße

Telefon mobil Telefon privat Fax

E-Mail

Rechnungsempfänger (falls nicht mit Patient identisch)

Name Vorname Zusatz Titel

PLZ Ort Land

Straße

E-Mail

Erklärung des Arztes und Abrechnungshinweise

Die Leistungserbringung erfolgt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der Patient entsprechend aufgeklärt.

Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem normalem Satz und werden auf der Rechnung erklärend aufgeführt.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne ausdrückliche Erlaubnis des Patienten weitergegeben.



PRAXIS Dr. Reuter

Facharzt für Innere Medizin
Hausarzt

Einverständnis des Patienten

Hiermit bestätige ich, die Abrechnungshinweise zur Kenntnis genommen zu haben. Ich erkläre mich damit einverstanden, die gesamten Behandlungskosten einschließlich notwendiger Auftragsleistungen anderer Erbringer (z. B. Labor) in vollem Umfang selber zu tragen. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung / Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages wegen anderer Rechtsauffassungen oder individueller Vertragsinhalte ganz oder teilweise ablehnen kann.

Schweigepflichtentbindung gegenüber Ärzten

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Reuter gegenüber den unten angegebenen mit meiner Behandlung betrauten Ärzten von der Schweigepflicht entbunden wird und medizinisch notwendige Auskünfte und Berichte über mich weiterleiten und anfordern darf.

Name der Praxis

Adresse

Name der Praxis

Adresse

Name der Praxis

Adresse

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen

Ich entbinde die Praxis Dr. Reuter gegenüber folgenden Personen von der Schweigepflicht und gestatte diesen Personen auch die Abholung von Rezepten:

Name

Adresse

Name

Adresse

Name

Adresse

Sonstiges

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen (vergessene Termine, Recalls etc.) schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden. ja nein

Mit der Übermittlung personenbezogener Daten (Befunde, Rechnungen) über verschlüsselte Email bin ich einverstanden. ja nein



PRAXIS Dr. Reuter

Facharzt für Innere Medizin
Hausarzt

Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen. Die Informationen zur Datenverarbeitung und meine Rechte kann ich auf Verlangen einsehen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Abrechnung mit dem
Labor Becker & Kollegen MVZ GbR (Labordiagnostik)**

Hiermit erkläre ich mich jederzeit schriftlich widerruflich damit einverstanden, dass notwendige Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, erbrachte Leistungen sowie entsprechende Diagnosen zwischen meinem behandelndem Arzt und dem Labor Becker & Kollegen MVZ GbR (Führichstr 70, 81671 München, 089 450 917 0) ausgetauscht werden.

Ich bestätige, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung vom Labor Becker & Kollegen MVZ GbR gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung / Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter