

# **BEHANDLUNGSVERTRAG zwischen Dr. med. Sabine Ott-Oechsle**

+ bitte deutlich schreiben

Name, Vorname, geb.: \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Zuverlässige Telefon-Nr. : \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt, Ort: \_\_\_\_\_

Privatversichert: Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Selbstzahler: Private Zusatzversicherung? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

## **Erklärung des Arztes:**

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung.

**Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**

## **Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:**

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis bzgl. der:

- Privatärztlichen Behandlung durch Fr. Dr. Sabine Ott-Oechsle
- Komplette Kostenübernahme des Behandlungshonorars nach Erhalt der Rechnung, unabhängig vom Erstattungsbetrag Ihrer Krankenkasse.
- Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten und Befunde zum Zweck der Behandlung und verwaltungsmäßigen Abwicklung und Übermittlung an mitbehandelnde Ärzte + Leistungserbringer
- Erstellung und Übermittlung eines Arztberichtes/Überweisung an Hausarzt/Fachärzte incl. telefonischer Auskünfte
- Nutzung meiner Daten für Terminerinnerung, Befundanforderungen

Ich bestätige mit untenstehender Unterschrift auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages incl. der Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Praxisdaten.

Dietenheim, den ..... ..

Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige, Erziehungsberechtigte, gesetzliche Betreuer