



Anmeldung für die privatärztliche Behandlung

In der Privatpraxis am Marienplatz 1, 33098 Paderborn

Patient:

Name: Vorname: geb. am

Anschrift:

Telefon, E-Mail: Beruf:

Rechnungsempfänger (falls abweichend):

Name: Vorname: geb. am

Anschrift:

Telefon, E-Mail: Beruf:

Ich wünsche, daß mir Befunde übermittelt werden ☐ O per E-Mail ☐ O per Post ☐ O persönlich

Ich wünsche, daß mir Rechnungen übermittelt werden ☐ O per E-Mail ☐ O per Post ☐ O persönlich

Ich bin mir der Risiken eines unverschlüsselten Versands per E-Mail bewusst. Es gilt die DSGVO.

Die hiermit erklärte Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Personen- und krankheitsbezogene Daten werden an Labore übermittelt, sofern das für Spezialuntersuchungen und die Rechnungsstellung durch die Labore bzw. deren Abrechnungsdienstleister erforderlich ist. Personen- und krankheitsbezogene Daten, z.B. Befunde, werden grundsätzlich persönlich übergeben, per Post oder auf ausdrücklichen Wunsch per E-Mail versandt. Die Information zur Erhebung personenbezogener Daten und die Datenschutzerklärung der Dermatologischen Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Rechnung wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ von 1996) erstellt. Die GOÄ ist in der Praxis einsehbar.

Die Abtretung aller sich aus diesem Vertrag ergebenden wechselseitigen Ansprüche gleich aus welchem Rechtsgrund an Dritte wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Unsere Privatpraxis arbeitet nach Bestellsystem mit festen Terminen. Für versäumte Termine, die nicht mindestens zwei Arbeitstage zuvor abgesagt wurden, behält sich unsere Praxis vor Schadensersatz geltend zu machen.

Seitens der Praxis kann nicht garantiert werden, daß Versicherungen, Beihilfen oder andere Dritte die Behandlungskosten voll erstatten. Auf Wunsch wird ein Kostenplan für die vorgesehene Behandlung erstellt.

Die Praxis gewährte ausreichend Zeit, diesen Vertrag zu lesen und Fragen zu stellen. Der Inhalt ist verständlich. Ein Exemplar des Vertrages wurde dem Unterzeichner ausgehändigt.

Unterschrift des Patienten:

Paderborn, den Unterschrift des Patienten (oder gesetzlicher Vertreter)

Bei Minderjährigen, Nichtgeschäftsfähigen und nicht voll Geschäftsfähigen kommt der Behandlungsvertrag mit dem gesetzlichen Vertreter zustande.

Bei nicht geschäftsfähigen Patienten:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und Zahlungspflichtigen

(mit Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift, falls abweichend vom Rechnungsempfänger):

Name: Vorname: geb. am

Anschrift: