

Name der Patientin/des Patienten:

.....

geb. am:

.....

**Behandlungsvertrag
für
Privatpatienten oder Selbstzahler**

Unter Behandlungsvertrag wird allgemein eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient/-in verstanden. Dies bedeutet für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und den Sorgeberechtigten erfolgt (da es sich bei den Patienten in aller Regel um Minderjährige handelt). Bei dem Behandlungsvertrag handelt es sich um einen Dienstvertrag, bei dem eine Diagnostik oder Behandlung, nicht aber ein Behandlungserfolg zugesichert wird. Der Arzt erbringt eine Dienstleistung (z. B. Untersuchung oder Behandlung) nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft (ärztlicher Standard).

Zwischen der/dem/den Sorgeberechtigten

Frau/Herr.....,

wohnhaft.....(nachfolgend Sorgeberechtigte)

und

der Praxis Dr. med. Tobias Hülsey, Friedrichstr. 1, 15537 Erkner (nachfolgend Arzt)

wird hiermit für

die Patientin/den Patienten.....,

geb. am.....,

wohnhaft.....,

folgender Behandlungsvertrag geschlossen.

Die Sorgeberechtigten bestätigen mit ihrer Unterschrift die Anerkennung der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ). Für das Honorar gilt die Gebührenverordnung für Ärzte, in der jeweils gültigen Fassung. Die Sorgeberechtigten sind Honorarschuldner des Arztes/der Ärztin, durch ihren Versicherungsvertrag haben sie aber gegen ihre Versicherung einen tarifgemäßen Erstattungsanspruch. Es besteht jedoch keinesfalls ein Anspruch, die Vergütung des Arztes von der Erstattung durch die Versicherung abhängig zu machen. Die Sorgeberechtigten willigen mit ihrer Unterschrift ein, dass im Rahmen der sozialpsychiatrischen Praxisorganisation die zur Anrechnung kommenden Leistungen teilweise durch den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie persönlich, aber auch durch die sozialpsychiatrischen Mitarbeiter (approbierte Psychotherapeuten/innen, Dipl.-Psychologen/innen, Dipl.-Sozialpädagogen/innen, Dipl.-Heilpädagogen/innen, Sozialarbeiter/innen, Dipl.-Sozialpädagogen/innen,, Familienmedizinischen Fachkräften und weitere vergleichbar qualifizierte Fachkräfte) erbracht werden.

Welche Gebührenpositionen bei dem Krankheitsbild der/des Patienten/in zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht mit Bestimmtheit vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Diagnostik- oder Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Bitte klären Sie mit Ihrer Privatkrankenkasse/Beihilfestelle ab, ob anteilige Kosten von Ihnen selbst zu tragen sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt jederzeit, aber nur mit Wirkung auf die Zukunft formlos widerrufen kann. Bis dahin durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Vorgänge bleiben dadurch rechtmäßig.

Datum (Unterschrift der Sorgeberechtigten)

Datum (Unterschrift des Sorgeberechtigten)

Datum (Unterschrift des Arztes)