

Vereinbarung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung

Zwischen
(Arzt)
und
(Patient)

Dr. Jan Kalbitzer

Name	Vorname
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
vertreten durch	
Name	Vorname
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort (falls abweichend)

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Die Parteien sind sich darüber einig, dass folgende Behandlung auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden soll:

Psychiatrische und/oder Psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung

Die Behandlungskosten ergeben sich wie folgt:

Ziffer GOÄ	Leistungstext	Faktor	Preis
801	Exploration	2,3 - 3,5	33,50€ - 51,00€
806	Intervention	2,3 - 3,5	33,50€ - 51,00€
860	Biographische Anamnese	2,3	123,33€
870	Psychotherapie	2,3 - 3,5	100,55€ - 153,00€

Gesamtsumme

Diese Vereinbarung ist auf Wunsch des Patienten zustande gekommen. (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Ausschlaggebend für die Entscheidung war, dass die gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
- Ausschlaggebend für die Entscheidung war, dass die gewünschte Behandlung zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, der Patient jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation wünscht.
- Ausschlaggebend für die Vereinbarung war, dass der Leistungserbringer nur privatärztlich tätig ist. Eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung besteht nicht.

Die vereinbarte Behandlung kann nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Es besteht gegenüber der Krankenkasse auch kein Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise. Dies gilt auch, wenn der Patient zwar einen privaten Krankenversicherungsvertrag unterhält, dieser jedoch Leistungen nach dem **Basistarif** vorsieht. Der behandelnde Arzt wird diese Leistung privatärztlich auf Basis der GOÄ liquidieren. Diese ist von dem Patienten zu bezahlen.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreters

Unterschrift des Arztes

Die PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG (PVS), Invalidenstr. 92, 10115 Berlin wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in