

# Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Dr. med. Stefan Herrmann Dr. med. H. Bartels Dr. med. Rainer Hoentle

Ärzte für Radiologie

Arzt für Nuklearmedizin

Dr.-Hartwig-Str 15, 34497 Korbach

Telefon (05631) 916680

---

## Informationen für Privatpatienten

Name, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name der Privat-Kasse: \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Privatpatient möchten Sie in unserer Praxis medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

Einerseits entsteht hierdurch eine direkte, vertragliche Beziehung zwischen Ihnen und uns (**Behandlungsvertrag**). Für Leistungen die von uns erbracht werden, erhalten Sie eine Rechnung, die von ihnen an uns als Rechnungsersteller gezahlt werden muss.

Die Zahlungspflicht entsteht mit Zusendung der Rechnung und ist unabhängig von der Abwicklung des Kostenerstattungsverfahrens mit ihrer Versicherung.

Andererseits besteht für Sie ein weiteres Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung zur Deckung dieser Behandlungskosten (**Versicherungsvertrag**). Nach Bezahlung reichen Sie die Rechnung an ihre Krankenversicherung zur Erstattung ein.

Die Kostenerstattung erfolgt nach Ihren Versicherungsbedingungen, der Privatpatient kann in der Regel wählen, in welchem Ausmaß er sein Krankheitsrisiko absichert.

Die von Ihnen gewählten Versicherungsbedingungen sind daher kein Maßstab für unsere Rechnungslegung. Vielmehr handelt es sich um zwei getrennte und voneinander unabhängige Vertragsverhältnisse. Siehe hierzu auch das Merkblatt der BÄK: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Patientenmerkblattprivataerztl\\_Leist.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Patientenmerkblattprivataerztl_Leist.pdf)

Die Berechnung des Honorars erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Diese Gebührenordnung sieht je nach Zeitaufwand, Schwierigkeiten oder Umständen der Behandlung einen Multiplikator zwischen 1,0-3,5 vor. Bei uns wird der so genannte Schwellenwert (2,3 fache Faktor) nicht überschritten.

Sollten Sie den Basis- oder Standardtarif mit ihrer privaten Krankenversicherung vereinbart haben, teilen Sie uns das bitte mit.

Ich habe obenstehenden Ausführungen zur Kenntnis genommen und bestätige, dass ich medizinische Leistungen als Privatpatient in Anspruch nehmen möchte. Ich bin mit einer Rechnung nach der GOÄ einverstanden.

Datum:

Unterschrift:

.....

.....