

# PRIVATBEHANDLUNGSVERTRAG FÜR PRIVAT VERSICHERTE PATIENTEN

zwischen

**Dr. med. Philipp Klawunde, Facharzt für Neurochirurgie,  
Friedrichstraße 147, 10117 Berlin**

und

Patient/in: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

ggf. gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_

Das Honorar der ärztlichen Leistungen wird nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Eine Steigerung der Gebührensätze um den **Faktor 3,5 ist mit entsprechender Begründung** möglich. Bitte prüfen Sie dahingehend Ihren Versicherungsvertrag, bei Abschluss z.B. eines günstigeren Tarifs ist diese Erhöhung tariflich ggf. ausgeschlossen. Sie können uns darüber **vor der Behandlung informieren**. Wir möchten Sie darüber informieren, dass dieser Vertrag verpflichtend ist für die Begleichung der Rechnungen nach der GOÄ und völlig unabhängig ist von Ihrem Vertrag mit Ihrer privaten Krankenversicherung. Der Patient ist damit einverstanden, dass die Honorarforderungen des Arztes gegenüber dem Patienten bei Zahlungsverzug an die BREMER INKASSO GmbH abgegeben werden und dieser auch die zur Bearbeitung erforderlichen Patienten- und Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen. Diese Zustimmung kann der Patient jederzeit widerrufen.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der privatärztlichen Behandlung und Abrechnung (GOÄ) unter den o.g. Bedingungen einverstanden. Den Regeln der Datenschutzverordnung dieser Praxis (siehe Aushang) stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pat./ gesetzl. Vertreter

**Information zur Terminabsage und zum Ausfallhonorar:**

*Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, Ihre Termine mindestens **48 Stunden vor der geplanten Behandlung abzusagen**, gerne auch per Mail **terminabsage@praxis-klawunde.de (bitte unbedingt auf unsere Bestätigungs-Mail achten!)** Ansonsten behalten wir uns die Stellung eines Ausfallhonorars vor. Die rechtliche Grundlage zum Honorarersatz ist im §615 BGB geregelt. Verspätungen auch aus verkehrs- und parkplatztechnischen Gründen können selten kompensiert werden und gehen daher zu Lasten Ihrer Behandlungszeit bzw. werden als nicht abgesagter Termin gewertet.*

**Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den o.g. Regelungen zum Ausfallhonorar einverstanden:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pat./ gesetzl. Vertreter