

PRIVATPRAXIS FÜR GANZHEITSMEDIZIN

Dr. med. Susanne Krefz, Baleckestr. 3, 18055 Rostock



**Chinesische Medizin
Schmerztherapie
Naturheilverfahren
Hausärztliche Betreuung**

Telefon: (0381) 4 92 36 19
Fax: (0381) 4 92 27 78
susanne.krefz@t-online.de
www.susannekrefz.de

Privatärztlicher Behandlungsvertrag zwischen der Praxis Dr. med. Susanne Krefz und

Frau/Herrn.....
Name, Vorname Geb.-Datum

Wohnhaft.....
Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort

Ich wünsche optimale Untersuchungen und Behandlungen als Privatpatient(in). Ich bin mir bewusst, dass diagnostische und/ oder therapeutische Leistungen oder Teile solcher Leistungen im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruche einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden sollen. Sie müssen aus diesem Grunde auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören. Dennoch werden auch die Kosten für die durch meine Beschwerden bedingten und über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden diagnostischen Untersuchungen und Therapien, wie auch die von mir selbst angeforderten und durchgeführten Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich Gesundheitsoptimierung, Prävention und komplementäre Medizin von mir und in voller Höhe übernommen. Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt wie üblich als Privatpatient nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Gemäß §5, Abs. 1-5 GOÄ, sowie §6 Abs. 2 GOÄ werden ärztliche Leistungen in der Regel mit dem 2,3-fachen Satz in Rechnung gestellt. Sie können je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen. In diesem Fall wird die Begründung für den erhöhten Faktor jeweils detailliert in der Rechnung aufgeführt.

Die Zeit für das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird von den Kassen häufig nicht übernommen und so manche Entscheidung, die für Ihre Gesundheit und Leben wichtig ist, wird unter Zeitdruck gefällt. Hierfür und für andere ergänzende ganzheitliche Therapieverfahren haben wir Analog-Ziffern eingerichtet, die Sie unter Umständen selbst tragen müssen. Die Liste der Analog-Ziffern liegt im Wartezimmer aus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Rechnungen an meine oben von mir angegebene Anschrift geschickt wird und von mir innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsstellung in vollem Umfang beglichen wird.

Die Zahlung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch die Krankenversicherung sowie Beihilfestellen. Ob mir eine Erstattung durch die Krankenversicherung zusteht, kläre ich selbst und übernehme auch deren Abwicklung.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS. Die dazu notwendigen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden. Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Rostock, den.....

.....
Unterschrift des Praxisinhabers, Stempel

.....
Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigten