

Terminvereinbarung

Sprechstunde Dr. med. Ralf Kirkamm

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientin/lieber Patient,

herzlichen Dank für Ihre Terminanfrage und das entgegengebrachte Vertrauen.

Neben einer optimalen medizinischen Versorgung bemühe ich mich auch um korrekte Abrechnungs- und Erstattungsverhältnisse. Ich bitte Sie deshalb um Unterzeichnung des nachfolgenden Behandlungsvertrages. Die Unterzeichnung der Datenschutzvereinbarung ist notwendig, da eine ärztliche Dokumentationspflicht besteht und damit die Behandlungsdaten gespeichert werden müssen.

Bitte beachten Sie, dass ich ausschließlich privatärztlich tätig bin. Es besteht keine Möglichkeit, über die gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen. Sie erhalten unabhängig von Ihrem Versicherungsstatus eine Privatrechnung gemäß der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Kosten für eine Behandlung sind abhängig vom zeitlichen Aufwand.
Nachfolgend erhalten Sie einen ungefähren Anhalt für die zu erwartenden Kosten:

Erstanamnese (je nach Dauer)	ca. 90 bis 185 Euro
Umfangreiche Sichtung von Befunden	ca. 40 Euro
Folgekonsultation	ca. 60 Euro
Einfache Telefonberatung	ca. 30 Euro
Laborkosten	Laborkosten werden je Untersuchungsauftrag gesondert ausgewiesen.

Falls erforderlich, erhalten Sie unabhängig per Mail einen Anamnesebogen. Mit diesem Anamnesebogen geben Sie mir wichtige Basisinformationen, die dann beim Erstgespräch weiter vertieft werden können.

Nicht jede ärztliche Maßnahme wird von den Krankenkassen und der Rechtsprechung als eine medizinische Notwendigkeit anerkannt. Dies betrifft insbesondere diagnostische Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich der Gesundheitsvorsorge und der komplementären Medizin. Vorsorglich weise ich Sie darauf hin, dass ich mich ausschließlich Ihrer Behandlung verpflichtet fühle und Anfragen von Versicherungen grundsätzlich nicht beantworte.

Ich bitte Sie um Verständnis, dass der vereinbarte Behandlungstermin nur dann möglich ist, wenn alle Unterlagen vollständig vorliegen. Termine werden individuell vergeben. Können Termine von Ihrer Seite nicht eingehalten werden, so bitte ich Sie dringend, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wird die Behandlung ohne Absage nicht in Anspruch genommen, müssen wir Ihnen die Behandlungskosten leider in Rechnung stellen.

Herzliche Grüße aus Mainz

Ihr



Dr. med. Ralf Kirkamm

Behandlungsvertrag

Nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird zwischen

Frau / Herrn: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Kostenträger: _____

und dem MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH ein Behandlungsvertrag geschlossen.

Dazu erklärt der/die o.g. Patient/in und es gilt folgendes:

1. Ich wünsche ausdrücklich die Durchführung einer privatärztlichen Behandlung einschließlich der notwendigen Beratungen, Voruntersuchungen, Nachbehandlungen, Nachuntersuchungen, Laboruntersuchungen.
2. Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte gemäß § 5 Abs. 1-5 GOÄ sowie § 6 Abs. 2 bis zum 2,3-fachen Satz. Je nach Schwierigkeitsgrad und erforderlichem Aufwand kann die Liquidation auch bis zum 3,5-fachen Satz betragen.
3. Die Übernahme der Kosten richtet sich nach den jeweiligen Bedingungen der privaten Krankenversicherung und kann daher nicht gewährleistet werden. Nicht jede ärztliche Maßnahme wird von der privaten Krankenkasse als eine medizinische Notwendigkeit anerkannt. Dies betrifft insbesondere diagnostische Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich der Gesundheitsvorsorge und komplementären Medizin.
 - Ich bin bereit, über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden Behandlungskosten selbst zu tragen, auch wenn der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet (Leistung auf Verlangen).
 - Vereinbarte Behandlungstermine bitten wir mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
 - Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mir ohne Terminabsage der Praxisausfall und die Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden können.
 - Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Anfragen von Versicherungen grundsätzlich nicht beantwortet werden.
4. Der Ausgleich des Honorars ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung / Beihilfestelle.
5. Dieser Vertrag gilt bis auf Widerruf auch für zukünftige Behandlungen.
6. Mir ist bekannt, dass sowohl ich als auch der Arzt diesen Behandlungsvertrag zu jedem Zeitpunkt per Willensbekennung auflösen kann. Dies gilt jedoch nicht rückwirkend.

Mit meiner Unterschrift auf der Rückseite (Einwilligung in die Datenverarbeitung) bestätige ich, die Abrechnungserläuterung zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Mit der Weitergabe der zur Rechnungstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Gebührenforderung notwendigen personenbezogenen Daten an die Privatärztliche Abrechnungsstelle Kubowitsch GmbH bin ich zum ausschließlichen Zweck der Vertragsabwicklung und zum Gebühreneinzug einverstanden.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten bei der MVZ Dr. Kirkamm GmbH, Arzt für Laboratoriumsmedizin, Mainz, ggf. deren Partnerlaboren und ihren Mitarbeitern zur Durchführung der vorbezeichneten Untersuchungen, deren Einzelauswertung und Befundung für mich persönlich gespeichert, erhoben und verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass meine Gesundheitsdaten wegen gesetzlicher Dokumentationspflichten der Ärzte gemäß § 630 g BGB bis zu 30 Jahre gespeichert werden können. Mir ist weiterhin bewusst, dass alle Vertrags- und Rechnungsdaten wegen Buchhaltungspflichten bis zu 10 Jahre gespeichert werden müssen. Hierin willige ich ausdrücklich ein.

Mir ist bewusst, dass meine Daten ausschließlich für die vorbezeichneten Zwecke gespeichert werden. Ich willige ausschließlich in diese Verarbeitungszwecke ein. Weitergehende Verarbeitungszwecke sind von dieser Einwilligung nicht erfasst. Mir ist bewusst, dass ich ein Recht auf Löschung dieser Daten habe, soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Ich weiß, dass ich eine Sperrung der Daten verlangen kann. Ich kann jederzeit durch einfache mündliche Erklärung oder E-Mail eine Auskunft über die in der MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH gespeicherten, personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten erhalten. Ich weiß, dass ich mich bei der Landesdatenschutzbehörde jederzeit beschweren kann.

- Ich willige hiermit ein, den Newsletter von Dr. Ralf Kirkamm zu erhalten, um über neueste Gesundheitsinformationen und Angebote hingewiesen zu werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen, z.B. per E-Mail an info@dr-kirkamm.de. Ferner habe ich die Möglichkeit, durch die Nutzung des Abmelde-links in jeder E-Mail, die ich erhalte, die Einwilligung zu widerrufen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in - Zahlungspflichtige/r
bzw. des gesetzlichen Vertretes/Sorgeberechtigten

Unterschrift Dr. Kirkamm

