**Michael Naudorf**

**Diabeteszentrum Lindlar**

**Diabetologe DDG**

**Fußambulanz**

**Facharzt für Allgemeinmedizin**

**Hausärztliche Versorgung**

**Behandlungsvertrag**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

private Krankenversicherer und Beihilfestellen versuchen zunehmend, sich ihren Erstattungspflichten gegenüber ihren Versicherten zu entziehen. Als Begründung hierfür wird gerne eine fehlende Notwendigkeit durchgeführter Therapiemaßnahmen, eine fehlerhafte Analogbewertung oder eine nicht ausreichende Begründung von Schwellenwertüberschreitungen behauptet.

Durch die aktuelle Rechtsprechung sind wir verpflichtet, Sie hierüber aufzuklären und diese Aufklärung zu dokumentieren. Auch wenn wir es für Sie genau wie für uns als eine Zumutung ansehen, müssen wir Sie bitten, die folgende Seite sorgfältig zu lesen und vor der ersten Konsultation zu unterschreiben, da sonst eine Behandlung nicht möglich ist.

Ihr Praxisteam

(Patient)

**Michael Naudorf**

**Diabeteszentrum Lindlar**

**Diabetologe DDG**

**Fußambulanz**

**Facharzt für Allgemeinmedizin**

**Hausärztliche Versorgung**

**Ich ………………………........................., geboren am: …………………….., wohnhaft in:…………..............**

wünsche die Behandlung durch die Praxis:

**Michael Naudorf, Josefsstraße 5A in 51789 Lindlar**

als privatärztliche Behandlung für mich/ meine Ehefrau/ mein minderjähriges Kind.

Der Rechnungsbetrag ist von mir vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung und/ oder Beihilfe, da Einschränkungen in Versicherungsverträgen

für die Arztpraxis nicht bekannt oder ersichtlich sind.

Sollten solche Einschränkungen bestehen, so teilen Sie uns bitte vor der Behandlung mit, welche das sind.

Die gesetzlich geregelten Bestimmungen zu den Verträgen KVB, Standardtarif, Basistarif werden von uns eingehalten.

Bei Verträgen nach Tarif Postbeamte B werden die eingeschränkten Erstattungen in der Regel berücksichtigt, bei besonders aufwendigen Behandlungen werden diese Patienten auf zusätzliche Kosten hingewiesen und vorher aufgeklärt.

Die Rechnungserstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ.

Ich bin mit der Rechnungserstellung durch eine Verrechnungsstelle einverstanden.

Lindlar, 22.07.2019

Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Patient)

**Michael Naudorf**

**Diabeteszentrum Lindlar**

**Diabetologe DDG**

**Fußambulanz**

**Facharzt für Allgemeinmedizin**

**Hausärztliche Versorgung**

**Ich …...................................................................................................................................**

**wünsche die Behandlung durch die Praxis:**

**Michael Naudorf, Josefsstraße 5A in 51789 Lindlar**

**als privatärztliche Behandlung für mich/ meine Ehefrau/ mein minderjähriges Kind (#).**

Der Rechnungsbetrag ist von mir vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung und/ oder Beihilfe, da Einschränkungen in Versicherungsverträgen

für die Arztpraxis nicht bekannt oder ersichtlich sind.

Sollten solche Einschränkungen bestehen, so teilen Sie uns bitte vor der Behandlung mit, welche das sind.

Die gesetzlich geregelten Bestimmungen zu den Verträgen KVB, Standardtarif, Basistarif werden von uns eingehalten.

Bei Verträgen nach Tarif Postbeamte B werden die eingeschränkten Erstattungen in der Regel berücksichtigt, bei besonders aufwendigen Behandlungen werden diese Patienten auf zusätzliche Kosten hingewiesen und vorher aufgeklärt.

Die Rechnungserstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ.

Ich bin mit der Rechnungserstellung durch eine Verrechnungsstelle einverstanden.

Lindlar, 22.07.2019

Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Arzt)