PRAXIS ASKLEPIION

SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

Einverständniserklärung für Privatpatienten

Angaben zum Patienten

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……..

Adresse/ Postleitzahl: ……

……

Mobil: ……..

E-Mail: ……

Geburtsort: ……

Staatsangehörigkeit: ……

Klasse Schulart/ Beruf: ……..

Förderstatus/ I-Status / Nachteilsausgleich?: ……

Krankenkasse / Beihilfe: ……

Hobbys: ……

Name, Vorname des Hauptversicherten: ……

Geburtsdatum des Hauptversicherten: ……

Rechnungsempfänger / ggf. abweichende Rechnungsadresse:

_____

_____

_____

Sorgerecht liegt bei:	☐	Kindeseltern	☐	Kindesmutter	☐	Kindesvater	☐ Vormund
Bei wem lebt das Kind?	☐	Kindeseltern	☐	Kindesmutter	☐	Kindesvater	☐ Einrichtung
Kindeseltern sind:	☐	verheiratet	☐	Partnerschaft	☐	getrennt	☐ geschieden

---

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion

PRAXIS ASKLEPIION

SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

Angaben zur Kindesmutter

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……..

Adresse/ Postleitzahl: …….
(wenn von der Adresse des Kindes abweichend)

Mobil: ……..…

E-Mail: ……

Beruf: ……
Familienstand: ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ ledig ☐ Partnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet

---

Angaben zum Kindesvater

Name, Vorname: ……

Geburtsdatum: ……..

Adresse/ Postleitzahl: …….
(wen von der Adresse des Kindes abweichend)

Mobil: ……..

E-Mail: ……

Beruf: ……..

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ ledig ☐ Partnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet

---

Angaben zu Geschwistern

Name, Vorname: ……

Gebutsdatum**:** ……..

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Art: ☐ leiblich ☐ Halb ☐ Stiefgeschwister ☐ Pflegekinder

Name, Vorname: ……

Gebutsdatum**:** ……..

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Art: ☐ leiblich ☐ Halb ☐ Stiefgeschwister ☐ Pflegekinder

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion

PRAXIS ASKLEPIION
SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

Behandlungsvertrag

Dienstvertrag

Der Behandlungsvertrag für Privatpatienten ist ein Dienstvertrag gemäß § 611 BGB, Abs. 1: „Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet."

Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist die privatärztliche Abrechnung, samt der Einbeziehung der Forderungen und Zahlung des Rechnungsbetrages zzgl. Mehrwertsteuer.

Pflichten

Die Privatrechnungen werden nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt. Der Rechnungsstellende verpflichtet sich, die Schwellenwerte der GOÄ (2,3-, 1,8 bzw. 1,15facher Gebührensatz) bzw. die festgelegten Gebührensätze (1,7-, 1,3- bzw. 1,1facher Gebührensatz) nicht ohne ausschlaggebende, niedergeschriebene Begründung zu überschreiten. Insbesondere übermittelt er eine Aufstellung der erbrachten Leistungen, abrechnungsrelevanten Diagnosen und Personalien. Er holt die Einwilligung der Patienten zur Verarbeitung der abrechnungsrelevanten Daten ein.

Der Patient bzw. gesetzliche Vertreter des Patienten liefert sämtliche zur Rechnungserstellung für den Privatpatienten erforderlichen Angaben.

Honorarausfallvereinbarung

Die im anliegendem Formular vereinbarte Vergütung von 60 € bei Nichteinhalten und Nichtabsagen des Termins schuldet der Patient der Praxis in jedem Fall, unabhängig davon, ob er das Honorar für die Behandlung von seiner Privaten Krankenversicherung erstattet bekommt oder nicht. Ausgenommen davon sind plötzliche Krankheit oder Notfälle, die schriftlich nachzuweisen sind, z.B. durch ein ärztliches Attest.

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion

PRAXIS ASKLEPIION
SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gem. § 4 a BDSG

Ich willige in die Speicherung und Verarbeitung der Daten zum Zwecke der Abrechnung ein. Sämtliche Daten werden streng vertraulich behandelt.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich mit dem Vertrag einverstanden. Wenn die Begleichung der Rechnung von privatärztlichen Leistungen nicht mit Barzahlung vereinbart wurde, dann bezahle ich die Liquidation innerhalb der angegebenen Frist nach Ausstelldatum.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit diesem Abrechnungsverfahren einverstanden.

Gültigkeit

Diese Erklärung gilt, wenn sie durch den gesetzlichen Vertreter einer minderjährigen oder sonst geschäftsunfähigen Person abgegeben wurde, auch für diese durch den gesetzlichen Vertreter vertretende Person.

Sollten eine oder mehrere der vorstehenden Regelungen unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht betroffen. Die unwirksame Regelung ist durch eine wirksame zu ersetzen, die den wirtschaftlichen Zweck der ersetzten Regelung soweit wie möglich verwirklicht.

Datum: _____

_____ _____
Unterschrift Kindesmutter: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Kindesvater: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Patient ab Volljährigkeit: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift des Vormundes: Name in Druckbuchstaben:

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion