

Behandlungsvertrag

zwischen Herrn Dr. Alfred Wiater, Auerstraße 15, 83707 Bad Wiessee

und

Name u. Vorname d. Patienten:

.....

Name d. Zahlungspflichtigen:

.....

Geb.-Datum d. Patienten:

.....

Wohnort mit PLZ, Straße, Haus-Nr.

.....

.....

Krankenversicherungszugehörigkeit des Patienten oder Selbstzahler:

.....

Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht. Die Sprechstunden finden online statt. Auf die Informationen zur online-Sprechstunde wird hingewiesen. Die Kenntnis dieser Informationen ist grundlegend für diesen Behandlungsvertrag. Für das Honorar gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils gültigen Fassung. Die folgende Auflistung beinhaltet beispielhaft Abrechnungsziffern, die geltend gemacht werden:

	GOÄ Ziffer	Fak tor	Betrag in €	Häufigkeit Erhebung
Beratung durch den Arzt mittels E-Mail, analog Nr. 1 GOÄ	A 1 analog Nr. 1	2,3	10,72	Bedarfsgemäß
Ausstellung von Rezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen mittels Videotelefonie, E-Mail	A 2 analog Nr. 2		3,15	Bedarfsgemäß
Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher –	Nr. 3		20,11	Mehrfache Abrechnung im Rahmen der Videosprechstunde, je nach Inanspruchnahme
Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken –	Nr. 4		29,49	Bei Bedarf 1 x im Behandlungsfall
Visuelle symptomatische klinische Untersuchung mittels Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde)	A 5 analog Nr. 5		10,72	Bedarfsgemäß
Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathischindividuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer	Nr. 30		120,65	Nach Absprache 1 x im Behandlungsfall

homöopathischen Behandlung				
Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	Nr. 60		16,09	Bedarfsgemäß nach Absprache
Erstellung oder Aktualisierung und ggf. elektronische Übersendung eines Medikationsplans	A 70 analog Nr. 70		5,36	Bedarfsgemäß
Verordnung und ggf. Einweisung in Funktionen bzw. Handhabung sowie Kontrolle der Messungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen	A 76 analog Nr. 76		9,38	Bedarfsgemäß
Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen	Nr. 807		53,62	1 x im Behandlungsfall

Weitere GOÄ-Leistungen können nach Bedarf dazukommen. Der Steigerungssatz (Faktor) kann bei entsprechender Begründung (z.B. erhöhter Zeitaufwand bei Vor- und Nachbereitung, unvorhergesehene erhöhte Sprechstundendauer, Notwendigkeit einer ausführlicheren diagnostischen Erörterung, Erschwernis bei Kombination verschiedener Erkrankungen) bis zum **3,5-fachen Satz** erhöht werden. Bei Unklarheiten bezüglich der Kostenerstattung durch die private Krankenversicherung wird empfohlen, vor Behandlungsbeginn entsprechende Auskünfte der Krankenversicherung einzuholen.

Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungsmodalitäten, die Bedingungen der online-Sprechstunde und die Datenschutzbedingungen zu akzeptieren. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage und bei Zahlungsverzug ein gerichtliches Mahnverfahren eingeleitet wird. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung/der Beihilfe hafte ich persönlich für die Kosten der von mir gewünschten medizinischen Behandlung.

....., den

.....

Unterschrift des Patienten / Zahlungspflichtigen Unterschrift des Arztes