

Behandlungsvertrag für Privatpatienten/Selbstzahler



KINDERWUNSCH
ZENTRUM · MAINZ PRAXIS · WORMS

Dr. R. Emig · Dr. C. Molitor · Prof. Dr. T. Steck

Partnerschaftsgesellschaft

Persönliche Daten:

Name Vorname _____

Geb. Datum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Krankenkasse _____

Tel. Privat _____

Tel. Mobil _____

Beihilfe ja nein

Familienstand ledig verheiratet

Danke, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Text sorgfältig zu lesen.

Wir bitten um Ihre Zustimmung, um Ihnen eine Behandlung zu ermöglichen.

Einwilligungserklärung:

Hiermit bestätige ich, dass ich die Ärzte des Kinderwunschzentrum Mainz, BAG Dr. Emig/ Prof. Steck/ Dr. Molitor, Rheinstraße 4, 55116 Mainz, beauftrage, mich ärztlich bzw. privatärztlich zu behandeln. Aktuell sind dies: Dr. Robert Emig, Prof. Dr. Thomas Steck, Dr. Christine Molitor, Dr. Marie-Theres Swayze, Dr. Beena Nötzel. Ich bin mir bewusst, dass ich verpflichtet bin, die Kosten der Behandlung zu tragen – unabhängig von einem möglichen Versicherungsschutz. Dies beinhaltet auch die Erstattung einer Kostenrechnung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ich versichere, die Rechnung des KWZ unmittelbar und persönlich zu begleichen – unabhängig von den Leistungen meiner Krankenversicherung und dem vereinbarten Versicherungsschutz. Im Fall, dass ich zum Bezug von Beihilfe berechtigt bin, kommt dies auch in Betracht, wenn einzelne Leistungen des KWZ nicht beihilfefähig sind.

Ich bin einverstanden, dass die Zusendung von Daten im PDF-Format und die Korrespondenz per verschlüsselter E-Mail erfolgt. Damit meine patientenbezogenen Daten an ein externes Labor übermittelt werden können, entbinde ich die Ärzte von der Schweigepflicht. Der Laborarzt wird seine Leistung direkt mit mir abrechnen.

Ebenso entbinde ich die Ärzte von ihrer Schweigepflicht, damit sie den Befund meiner Ehepartnerin / meinem Ehepartner oder meiner Lebensgefährtin / meinem Lebensgefährten bekanntgeben dürfen. Dies schließt auch – falls nötig – die Übersetzung über einen Dolmetscher mit ein.

Ich stimme zu, dass die Ärzte des Kinderwunschzentrum Mainz patientenbezogene Daten nach §203 StGB bekanntgeben dürfen, soweit dies erforderlich sein sollte, um Vergütungs- und sonstige Ansprüche geltend zu machen oder um Forderungen gegen die Ärzte oder das Kinderwunschzentrum abzuwehren. Dies gilt auch für einen Wechsel der Rechtsform und für den Fall, dass weitere Gesellschafter aufgenommen werden und/oder das Kinderwunschzentrum Mainz ganz oder teilweise veräußert werden sollte, in Bezug auf die neuen Gesellschafter oder einen neuen Inhaber.

Datum: _____

Unterschrift: _____