



Anmeldung als Privatpatient

Hiermit melden Sie sich zur Behandlung in der Praxis als Privatpatient an.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Mailadresse	
Krankenkasse	
Beruf/Arbeitgeber	

Hiermit meldet sich obiger Patient/Patientin zur Behandlung in der Praxis Muss Konstanz als Privatpatient/in an. Kassenärztliche Leistungen werden in der in der Praxis nicht erbracht.

Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die derzeit gültige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Deutschland. Die Steigerung des Gebührensatzes erfolgt dabei nach Schwierigkeit und Zeitaufwand und kann den Rahmen des § 5 Abs. (1) der GOÄ überschreiten. In der GOÄ nicht enthaltende, aber erbrachte ärztliche Leistungen werden nach § 6 Abs. (2) Analog und unabhängig von ihrer Erstattungsfähigkeit durch Beihilfestellen/ Privatkrankenkassen zum Ansatz gebracht. Für die außer terminliche Kommunikation bevorzugen wir in der Praxis die schriftliche Kommunikation Email und bitten hierfür mit Ihrer Unterschrift um Ihr Einverständnis.

In der Praxis werden gleichwertig zur Behandlung vor Ort auch Videosprechstunden oder Telefonate angeboten. Die Video Sprechstunde erfolgt über Zoom bzw. Teams. Patienten erhalten hierfür vor der Sprechstunde zur Anmeldung einen Link zugesendet. Es gilt das Deutsche Datenschutzgesetz. Die Praxis behält sich das Recht vor Patienten ggf. auf Bonität zu prüfen.

Versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (spätestens 48 Stunden vor dem Termin) werden mit **200 € Bearbeitungsgebühr in Rechnung gestellt**, sofern kein akuter Grund für die Terminversäumnis vorlag.



Mit der Unterschrift wird das Einverständnis zu diesem Abrechnungsmodus gegeben die Richtigkeit der angegebenen Daten bestätigt. Der Patient willigt jedoch ausdrücklich im Rahmen des Therapieplans in diese Behandlungsmethoden dieser Praxis ein.

Extern erbrachte Auftragsleistungen (wie z.B. gewisse spezielle Laboruntersuchungen) werden von den Dienstleistern eigenständig erbracht und in Rechnung gestellt. Die Praxis Prof. Dr.Dr. Muss ist weder für den Umfang noch vom Inhalt her für solche extern erbrachten Leistungen verantwortlich. In gewissen Fällen kann eine Zuweisung zu Kooperationspartnern der Praxis in Abstimmung mit dem Patienten erfolgen. Der Patient erklärt sich hiermit ausdrücklich einverstanden.

Der Patient wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ggf. nicht alle ärztlichen Leistungen von den privaten Krankenkassen bzw. der Beihilfe übernommen werden. Er/Sie verpflichtet sich jedoch zur Kostenerstattung aller von der Praxis erstellten ärztlichen Leistungen, unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien bzw. Diagnostik und unabhängig von einer abweichenden Erstattung durch eine Beihilfestelle oder privaten Krankenversicherung.

Bestätigung:

Ich (Name): _____ bestätige, dass ich in der Praxis Prof. Dr. Dr. med. Claus Muss darauf hingewiesen wurde, dass in der Praxis Behandlungen durchgeführt werden, die die private Krankenkassen ggf. nicht übernehmen und ich mich auf ausdrücklichen Wunsch und unter Hinweis auf meine freie Arztwahl in der Praxis des oben genannten Arztes begeben habe. Ich bin über die Behandlungsart und die damit verbundenen möglichen Kosten, sowie über die Tatsache, dass meine Krankenkasse die ärztliche Leistung bzw. Behandlung ggf. nicht übernimmt aufgeklärt worden.

Von der privaten Krankenkasse/Beihilfe nicht abrechnungsfähige ärztliche Leistungen werden als individuelle Gesundheits Leistungen (IGEL) erbracht. Aufgrund der unterschiedlichen Erstattungsformen der privaten Krankenkassen/Beihilfestellen ist es der Praxis Prof.Dr.Dr.med Muss nicht möglich, die Erstattungsfähigkeit von medizinischen Leistungen im Vorwege abzuklären. Wir empfehlen daher im Zweifelsfall die vorherige Abklärung beim Leistungsträger (Versicherung).

Nach ausreichender Bedenkzeit wünsche **ICH** ausdrücklich unabhängig von der Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten durch die Krankenkasse, die Therapie als Privatleistung (Privatpatient).

Datum:	Unterschrift Patient (bzw. Erziehungsberechtigter)
--------	--



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Mailadresse	
Krankenkasse	
Beruf/Arbeitgeber	

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/ die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde und bei anderen Leistungserbringern **inklusive med. Labors**, bei denen ich in Behandlung bin, ggf auch auf elektronischem Weg einholt. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum:	Unterschrift Patient (bzw. Erziehungsberechtigter)
--------	--