



Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Stefan Hagenhoff
Dr. med. Helga Terwey-Weber
Eva Baran

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Dr. med. Stefan Hagenhoff Tecklenburger Straße 34 · 48565 Steinfurt]
Dr. med. Helga Terwey-Weber
Eva Baran

Name der Patientin/des Patienten:

.....

geb. am:

.....

Anschrift

Dr. med. Stefan Hagenhoff
Dr. med. Helga Terwey-Weber
Eva Baran

Gesundheitszentrum

Tecklenburger Straße 34
48565 Steinfurt
www.kinderpsychiatrie-steinfurt.de

Fernverbindung

Fon 0 25 51 / 86 21 44
Fax 0 25 51 / 86 21 45

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE73 3006 0601 0008 0067 76

Datum:.....

Behandlungsvertrag für Privatpatienten oder Selbstzahler

Unter Behandlungsvertrag wird allgemein eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in verstanden. Dies bedeutet für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (da es sich bei den Patienten in aller Regel um Minderjährige handelt), dass der Behandlungsvertrag zwischen Arzt/Ärztin und den Sorgeberechtigten erfolgt.

Bei dem Behandlungsvertrag handelt es sich um einen Dienstvertrag, bei dem eine Diagnostik oder Behandlung, nicht aber ein Behandlungserfolg zugesichert wird. Der Arzt/die Ärztin erbringt eine Dienstleistung (z. B. Untersuchung oder Behandlung) nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft (ärztlicher Standard).



Zwischen

der, dem, den Sorgeberechtigten Frau/Herr.....,
wohnhaft.....

(nachfolgend Sorgeberechtigte)

und

der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Stefan Hagenhoff, Dr. med. Helga Terwey-Weber, Eva Baran,
Tecklenburger Str. 34, 48565 Steinfurt

(nachfolgend Arzt/Ärztin)

wird hiermit für

die Patientin/den Patienten.....,

geb. am.....

wohnhaft.....

ein Behandlungsvertrag geschlossen.

Die Sorgeberechtigten bestätigen mit ihrer Unterschrift auch die Anerkennung der unten beschriebenen Gebührenverordnung (GOÄ).

Für das Honorar gilt die Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ), in der jeweils gültigen Fassung. Die Sorgeberechtigten sind Honorarschuldner des Arztes/der Ärztin, durch ihren Versicherungsvertrag haben sie aber gegen ihre Versicherung einen tarifgemäßen Erstattungsanspruch. Es besteht jedoch keinesfalls ein Anspruch, die Vergütung des Arztes/der Ärztin von der Erstattung durch die Versicherung abhängig zu machen.

Die Sorgeberechtigten willigen mit ihrer Unterschrift ein, dass im Rahmen unserer Sozialpsychiatrischen Praxis die zur Anrechnung kommenden Leistungen sowohl durch die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, als auch durch die Sozialpsychiatrischen Mitarbeiter (Dipl.-Sozialpädagog/innen, Dipl.-Heilpädagog/innen, Sozialarbeiter/innen, Dipl.- Sozialpädagog/innen, Dipl.-Psycholog/innen, Ergotherapeut/innen, Familienmedizinischen Fachkräften und weitere vergleichbar qualifizierte Fachkräfte) erbracht werden dürfen.

Welche Gebührenpositionen bei dem Krankheitsbild des Patienten zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht mit Bestimmtheit vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Diagnostik- oder Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt nur mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben/Vorgänge/Abmachungen bleiben dadurch rechtmäßig.

Datum

(Arzt/Ärztin)

Datum

(Unterschrift der Sorgeberechtigten)

Datum

(Unterschrift des Sorgeberechtigten)