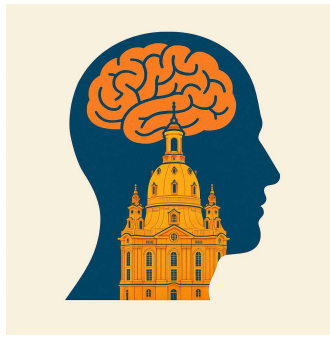




Behandlungsvereinbarung

Privatpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie

zwischen

Dr. med. Andreas Ritter

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Schweriner Straße 50a

01067 Dresden

– nachfolgend “Behandler” genannt –
und

Name der Patientin/des Patienten:

Anschrift:

nachfolgend “Patient/in” genannt

§1 Gegenstand der Vereinbarung:

Der Behandler verpflichtet sich, den/die Patient/in auf dessen/deren Wunsch psychiatrisch und/oder psychotherapeutisch im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung zu betreuen. Die Behandlung erfolgt auf

Grundlage dieses Vertrages sowie nach Maßgabe der medizinischen Erforderlichkeit. Ein Anspruch auf eine bestimmte Diagnose besteht nicht.

§2 Honorar:

Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit einem Steigerungsfaktor von 3,5. Die Kosten der Behandlung sind vom Patienten/von der Patientin selbst zu tragen. Eine mögliche Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen liegt in der Verantwortung des Patienten/der Patientin. Die Praxis wird als Privatpraxis geführt. Eine Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nicht. Die Zahlungspflicht besteht unabhängig von einer Erstattung durch Dritte.

§3 Terminvereinbarung und Ausfallhonorar:

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wird ein Termin nicht mindestens 48 Stunden vorher abgesagt, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 90 Euro berechnet. Dieses Honorar wird nicht von der Krankenversicherung erstattet. Die Zahlungsverpflichtung entfällt bei rechtzeitiger Absage des vereinbarten Termins mindestens 48 Stunden vor Diesem.

§4 Schweigepflicht und Datenschutz:

Der Behandler unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Personenbezogene Daten werden gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet und nicht ohne ausdrückliche schriftliche Einwilligung an Dritte weitergegeben.

§5 Dauer der Vereinbarung und Kündigung:

Die Vereinbarung wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von beiden Seiten jederzeit formlos beendet werden. Bereits erbrachte Leistungen sind in jedem Fall zu vergüten.

§6 Videosprechstunde:

Teile der Behandlung können auf Wunsch per Videosprechstunde über die Plattform Doctolib erfolgen. Die technischen Voraussetzungen und Risiken sind mir bekannt. Bei Nutzung willige ich diesbezüglich widerruflich ein.

§7 Salvatorische Klausel:

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt eine Regelung, die dem wirtschaftlichen Zweck am nächsten kommt.

Bestätigung:

Ich habe die Vereinbarung gelesen, verstanden und akzeptiere sie.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Behandler: _____