



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

MVZ in Rastede und Wilhelmshaven – Dr. Awe und Partner

Behandlungsvertrag für Privatpatient/innen und Selbstzahler/innen

zwischen dem Hauptversicherungsnehmer/ der Hauptversicherungsnehmerin

Herr/ Frau _____, geb. am _____

und dem
MVZ Rastede/Wilhelmshaven
Dr. Awe und Partner
Oldenburger Str. 211
26180 Rastede
Posener Str. 83
26388 Wilhelmshaven

Mit der Berechnung der Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bin ich einverstanden. Die Steigerungssätze betragen (z. Bsp.) für:

- allgemeine Leistungen 2,3fach
- technische Leistungen 2,5fach

Bei überdurchschnittlichem Aufwand können sich diese Sätze erhöhen. Die Steigerungssätze reichen dann bis zu den folgenden Faktoren:

- allgemeine Leistungen 3,5fach

Auf die Möglichkeit der Einsichtnahme in die GOÄ wurde ich hingewiesen.

Dieser Vertrag wird unabhängig von der möglicherweise nicht im vollen Umfang erfolgenden Erstattung durch meine Beihilfestelle und/oder private Krankenversicherung geschlossen.

Mir ist bewusst, dass eventuelle Restkosten durch mich in Eigenleistung zu begleichen sind.

Datenweitergabe:

Die Rechnungstellung erfolgt durch die **PVS Westfalen-Süd**
Heinrich-Hertz-Straße 4
59423 Unna

Für die Rechnungstellung benötigt die PVS neben Anschrift, Geburtsdatum und Kostenträger, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach GOÄ und die dazugehörigen Diagnosen. Alle diese Daten werden von der PVS vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter:innen der Schweigepflicht gemäß §203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzes unterliegen Mit der Weitergabe der benannten Daten an die PVS, sowie der Geltendmachung des Rechnungsbetrages durch die PVS bin ich einverstanden.

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf postalisch, per E-Mail, oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Versicherungsnehmer:in

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Mitarbeiter:in MVZ Rastede/ Wilhelmshaven