

**Privatambulanzvertrag (Selbstzahler/Privatpatienten/IGeL)**

Name: _____  Vorname: _____  Geburtsdatum _____	<b>sofern Patient Privatambulanzvertrag nicht selbst unterzeichnet. Angaben zusätzlich eintragen</b>	
	gesetzlicher <b>Vertreter</b>	privat bevollmächtigter <b>Vertreter</b>
	<input type="checkbox"/> Eltern** <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Ehegatte/-gattin <input type="checkbox"/> oder: _____ <small>** Bei gemeinsamen Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils angegeben</small>	<input type="checkbox"/> Eltern** <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Ehegatte/-gattin <input type="checkbox"/> oder: _____ <small>** Bei gemeinsamen Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils angegeben</small>

Das Ambulante Gesundheitszentrum der Charité GmbH (im Folgenden AGZ) und der Patient<sup>1</sup> vereinbaren die ambulante privatärztliche Behandlung, und zwar die notwendigen und zweckmäßigen Behandlungsleistungen. Der Patient verpflichtet sich, die Zahlung des Entgeltes nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu zahlen, wobei die Schwellenwerte der GOÄ ausgeschöpft werden.

Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich gegenüber dem Patienten. Das Tarifwerk GOÄ liegt zur Einsichtnahme im AGZ aus. Für Medikamente, die unmittelbar im AGZ zur Anwendung kommen, erhält der Vertragspartner eine Rechnung. Die Berechnung der Medikamente erfolgt unabhängig von der ärztlichen Behandlung.

Das AGZ erfasst, speichert, verarbeitet und kommuniziert personenbezogene Daten. Es hält sich bei allen Phasen der Datenverarbeitung streng an die Gesetze. Im Rahmen dieser Gesetze steht dem Patienten ein Auskunftsrecht über die gespeicherten Daten zu.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns im Falle eines Zahlungsverzuges (4 Wochen nach Zugang der Rechnung) die Einwilligung zur Übermittlung der zum Einzug unserer Forderungen notwendigen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an ein externes Unternehmen (ECOVIS Grieger Mallison Rechtsanwälte PartG mbB) ) zum Forderungseinzug, welches die erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Rechnungserstellung verwendet. Alle Mitarbeiter dieses Unternehmens unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirksamkeit wie das Ambulante Gesundheitszentrum der Charité GmbH. Die Behandlung ist nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Der Unterzeichner erkennt die Geltung der Hausordnung der Charité - Universitätsmedizin Berlin an, welche zur Einsichtnahme ausliegt. Bei Zahlungsverzug gelten die gesetzlichen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Der Vertragspartner verpflichtet sich, als **Selbstzahler bzw. Privatpatient** die Behandlungskosten nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für Analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage zu zahlen, wobei die Schwellenwerte der GOÄ ausgeschöpft werden, soweit nicht **vor Behandlungsbeginn eine Versicherung zum Basistarif einer Privaten Krankenversicherung oder einer Beihilfestelle** nachgewiesen wurde. Weiterhin ist der Vertragspartner darüber informiert, dass die Krankenversicherung, der private Kostenträger oder die Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die Kostenträger berechtigen den Vertragspartner nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit

<sup>1</sup> Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen grundsätzlich die männliche Form verwendet. Weiterhin ist mit Patient der Vertragspartner gemeint, auch wenn dieser durch gesetzliche und privat bevollmächtigte Vertreter vertreten wird.

der Arztrechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 – III ZR117/06). Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen durch die Kostenträger seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen. Eine Abtretung der Forderung bzw. des Erstattungsanspruches wird hiermit ausgeschlossen.

**Das AGZ behält sich vor, von Selbstzahlern eine Vorauszahlung zu verlangen. Soweit der Selbstzahler seinen gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hat ist eine Vorauszahlung in angemessener Höhe zu leisten. Die Vorauszahlung ist pauschaliert und wird mit der Schlussrechnung verrechnet.**

Berlin, den

Berlin, den

\_\_\_\_\_  
Patient

\_\_\_\_\_  
Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité GmbH

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
private Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung / Kostenträger

**Tarif (bitte ankreuzen)**

- PKV Regeltarif (mit Steigerungsmöglichkeit)**    **PKV Basistarif**    **Post B**    **GKV /IGeL**

Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass das AGZ persönliche Unterlagen (z.B. Rechnungen) per Email übersenden darf. Meine hierfür zu verwendende Email-Adresse lautet:

.....@.....

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese Emails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden.

Ich kann mein Einverständnis zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen per Email jederzeit schriftlich oder per Email widerrufen.

**Zusätzlich vereinbaren Patient und AGZ folgendes:**

Der Patient verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird dem Patienten 80 % des dem Arzt zustehenden Honorars gemäß der entsprechenden GOÄ Leistung der geplanten Behandlung und dem Behandlungsumfang in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der Patient unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt. Vorstehende Regelung gilt jedoch dann nicht, sofern der Patient nachweist, dass dem Arzt durch die Terminabsage tatsächlich ein Schaden nicht entstanden ist.

Berlin, den

Berlin, den

\_\_\_\_\_  
Patient

\_\_\_\_\_  
Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité GmbH

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Datenübermittlung Pilot/Fluglotse/Flugbegleiter/****1. Privatpilot/Berufspilot EASA (LBA – Deutschland)**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Medical/ Anamnesebogen/ Untersuchungsbericht/ Augenarztbericht und ggf. weitere Unterlagen in pseudonymisierter Form an das Referat Flugmedizin im Luftfahrt-Bundesamt und eine nicht-pseudonymisierte Kopie meines Medicals an die zentrale Luftfahrerdatei übertragen (Briefpost) werden.

 Ja Nein**2. Privatpilot/Berufspilot EASA (andere Luftfahrtbehörden in Europa)**

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen der flugmedizinischen Untersuchung erhobenen Daten und Befunde, sowie eine Kopie des Tauglichkeitszeugnisses in nicht-pseudonymisierter an die zuständige Luftfahrtbehörde (z.B. CAA, IAA) übertragen (Briefpost) werden.

 Ja Nein

Zum Zwecke der beschleunigten Datenübertragung wünsche ich ausdrücklich eine Übertragung meiner Daten via Email (nur unverschlüsselt möglich!). Ich bin mir darüber im Klaren, dass der Versandt mittels Email keine sichere Übertragung bedeutet und fremde Personen in den Besitz dieser Daten kommen könnten.

 Ja Nein**3. Fluglotse**

Ich bin damit einverstanden, dass eine Kopie meines medizinischen Tauglichkeitszeugnisses an das Bundesaufsichtsamt für Flugsicherung (Fax) übertragen wird.

 Ja Nein**4. Privatpilot/Berufspilot FAA (Übertragung in die USA)**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Untersuchungsbefunde zum Zwecke der Erstellung eines amerikanischen Tauglichkeitszeugnisses in das System der FAA (medexpress, AMCS - webbasiert) eingegeben bzw. übertragen werden. Die Dateneingabe erfolgt nach größtmöglicher Sorgfalt. Allerdings hat weder das AGZ noch der behandelnde Flugmediziner Einfluß darauf, was mit den Daten in den USA geschieht.

 Ja Nein**5. US-amerikanischer Veteran (VES)**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Untersuchungsbefunde zum Zwecke der Beurteilung etwaiger Pensionsansprüche in das System der FAA (VES - webbasiert) eingegeben bzw. übertragen werden. Die Dateneingabe erfolgt nach größtmöglicher Sorgfalt. Allerdings hat weder das AGZ noch der behandelnde Arzt Einfluß darauf, was mit den Daten in den USA geschieht.

 Ja Nein**6. Untersuchungsbefunde**

Die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Befunde werden i.d. Regel sofort ausgehändigt. Werden im Rahmen der Untersuchung Laborwerte bestimmt, so werden mir diese auf Wunsch übersandt. Abweichend davon wünsche ich ausdrücklich die Übermittlung der Laborwerte auf elektronischem Wege (Email mit einfacher Verschlüsselung – der Schlüssel wird mir während der Untersuchung genannt). Ich bin mir darüber im Klaren, dass der Versandt mittels Email keine sichere Übertragung bedeutet und fremde Personen in den Besitz dieser Daten kommen könnten.

 Ja Nein

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient bzw. bei nichtunterschriftsfähigen  
Patienten des gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten