



Behandlungsvertrag

Zwischen:
Dr. med. Annette Griebe und

(Name, Anschrift, Geburtsdatum)

Leistungserbringung nach GOÄ: Die o. g. Ärztin verpflichtet sich, die notwendigen und zweckmäßigen Behandlungsleistungen zu erbringen. Der/ die o. g. Vertragspartner*in verpflichtet sich, das Behandlungsentgelt nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu zahlen, wobei die Schwellenwerte der GOÄ ausgeschöpft werden können. Das Tarifwerk GOÄ liegt zur Einsichtnahme in der Praxis aus. Die Vergütung wird gemäß §12 GOÄ fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine entsprechende Rechnung erteilt wurde. Der/die Vertragspartner*in bestätigt, dass er/ sie darüber aufgeklärt wurde, dass das Behandlungsentgelt durch Kostenträger oder Erstattungsstellen je nach Vertrag möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet wird. Eine Nicht- oder nur Teilerstattung durch einen Kostenträger hat keinen Einfluss auf die vereinbarte Kostenforderung der Ärztin. Der/die Vertragspartner*in wurde darüber aufgeklärt, dass gesetzlich Versicherte die erbrachten Leistungen grundsätzlich auch in einer Kassenarztpraxis in Anspruch nehmen könnten, wodurch gegebenenfalls eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung möglich wäre.

Ausfallregelung: Meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Ihren Termin plane ich exklusiv fest ein. Ich behalte mir daher vor, bei Terminen, die nicht mindestens 24 Stunden vorab abgesagt oder verlegt werden, eine Ausfallgebühr von 60€ in Rechnung zu stellen, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet. Der/ die Vertragspartner*in wurde darüber informiert, dass die Ausfallgebühr keine Leistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ist und er/sie für diese Gebühr selbst aufkommen muss.

Weitergabe von Daten an mitbehandelnde Ärzte: Der/die Vertragspartner*in willigt ein, dass personenbezogene Daten inklusive Geburtsdatum und Diagnosen, soweit für die Erbringung von Spezialuntersuchungen oder eine Mitbehandlung benötigt, an die entsprechenden Ärzte weitergeleitet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Mannheim, -----

Unterschrift Vertragspartner*in

Unterschrift Ärztin



Wichtige Informationen zum Datenschutz

[Artikel 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu]
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von uns zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg Königstraße 10a, 70173 Stuttgart
Telefon 0711/615541-0, Telefax 0711/615541-15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de
[Schutzbedürftige Daten sollten nicht unverschlüsselt per E-Mail oder via Telefax übertragen werden.] PGP-Fingerprint: E4FA 428C B315 2248 83BB F6FB 0FC3 48A6 4A32 5962
Homepage: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de
Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich für die folgende zusätzliche Informationen einen Augenblick Zeit.

Art und Umfang der Behandlung:

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung bzw. Beratung ist kognitiv verhaltenstherapeutisch orientiert. Das Regelintervall ist wöchentlich zu je 50min. Einheiten. Die Zahl der Einheiten richtet sich nach Ihrem Anliegen und den vereinbarten Zielen.

Während der ersten Sitzungen wird Ihr Anliegen geklärt und gegebenenfalls eine Diagnostik unter Zuhilfenahme klinischer Fragebögen durchgeführt. Die hierbei erhobenen Daten werden ausschließlich in Ihrer Akte verwahrt.

Kostenübernahme durch Kostenträger:

Sollten Sie an einer psychischen Erkrankung leiden, kann sich hieraus die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung ergeben. Hiermit weise ich ausdrücklich auf folgendes hin: Gegebenenfalls verlangt Ihr Kostenträger die Übernahme der Behandlung durch eine*n Facharzt*ärztin für Psychiatrie, eine*n Facharzt*ärztin für Psychosomatik oder eine*n Psychologen*in. Die Therapeutin hat die Zusatzbezeichnung Psychotherapie im Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Sollten Sie die Kostenübernahme durch Kostenträger wünschen,



erfragen Sie die hierfür notwendigen Voraussetzungen bitte im Vorfeld bei der dafür zuständigen Stelle.

Als Selbstzahler*in erklären Sie sich bereit, die anfallenden Kosten selbst zu tragen.

Kommunikation über e-Mail:

Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit Daten und Informationen per e-Mail auszutauschen. Bitte beachten Sie hierbei, dass der Austausch unverschlüsselt erfolgt. E-Mail Kommunikation ist grundsätzlich als unsicher einzustufen, daher sollten so wenige sensible Daten wie möglich über e-Mail ausgetauscht werden. Die Therapeutin wird den e-Mailverkehr daher nur sehr eingeschränkt nutzen.

- Ich habe diese Zusatzinformationen zur Kenntnis genommen.
- Ich habe keine Fragen mehr.

Mannheim, den _____

_____ [Unterschrift]