Patienteninformation - Honorarvereinbarung

Ich bitte Sie folgende Informationen aufmerksam zu lesen und nachstehend mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Zahlungsmodalitäten & Kostenübernahme für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte

Sie befinden sich in einer Praxis mit Leistungen für privatversicherte Patienten, privatversicherte Patienten mit Beihilfeberechtigung und Selbstzahlende. In der Preis- und Leistungstabelle erhalten Sie eine transparente Übersicht der Leistungen der Praxis *hand über kopf*. Als Orientierung dient der Regelsatz der gesetzlichen Krankenkassen-GKV (Stand 01.01.24)*, der bei Privatpatienten und Beihilfeberechtigten mit einem Steigerungssatz von 1,4- bis zum 2,3-fachen des Regelsatz der GKV angewendet wird. Die Praxis *hand über kopf* orientiert sich am Faktor 1,4. Die Vergütung von Leistungen aufgrund privatärztlicher Verordnungen, erfolgt auf privatrechtlicher Honorarbasis in Form dieser Honorarvereinbarung. Diese besteht ausschließlich zwischen Ihnen und der Praxis *hand über kopf*, unabhängig von Leistungsansprüchen oder Erstattungsmodalitäten gegenüber Ihrer Krankenkasse, Beihilfe oder anderweitiger Kostenträger. *Quelle: GKV Spitzenverband *hand über kopf* richtet sich nach den gesetzlichen und in die privaten Krankenkassen übertragenen, vorgegebenen Zeitstrukturen. Die Bereitschaft zur Kostenübernahme durch private Krankenkassen von Leistungen außerhalb dieser Zeitstrukturen ist nicht gesichert und wird deshalb nicht als Leistungsangebot aufgeführt.

Beihilfe

Ein Beihilfesatz legt fest, in welcher Höhe sich ein öffentlicher Dienstherr an den krankheitsbedingten Kosten seiner Beamten beteiligen muss. Es handelt sich bei Beihilfesätzen weder um Höchstpreise noch um eine angemessene Vergütung. Grundsätzlich empfiehlt sich deshalb eine Vorabprüfung der Bedingungen zur Kostenübernahme. Privatpatienten erhalten eine Rechnung, die in der privaten Krankenkasse eingereicht werden können. Die Kostenübernahme (Höhe und Vollständigkeit) durch private Krankenversicherungen sind durch Sie zu regeln. *hand über kopf* hat keinen Einfluss auf das Zahlungsverhalten Ihrer PKV oder Beihilfe.

Leistung auf Selbstzahler-Basis

Alle Leistungen können zur Prävention und Gesunderhaltung auf Selbstzahler - Basis in Anspruch genommen werden. Sie bedürfen keiner medizinischen Indikation und Verordnung und sind nicht verordnungspflichtig und erstattungsfähig. Die entstehenden Kosten sind bei Inanspruchnahme von Leistungen durch Sie zu tragen. Im Leistungsbereich der Prävention und Gesunderhaltung entfernt sich *hand über kopf* von der, von den gesetzlichen und in die privaten Krankenkassen übertragenen vorgegebenen Zeitstrukturen, um Ihnen ein bestmöglichstes Behandlungsergebnis zu bieten.

Datenschutz

Sie gestatten der Praxis *hand über kopf* personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis *hand über kopf* und den damit verbundenen Pflichten nachzukommen. Sie haben ein Auskunftsrecht bezüglich Ihrer personenbezogenen Daten nach §630 f. Abs. 3 BGB und können nach Vereinbarung von Ihnen eingesehen werden.

Leistungsvereinbarung/ Honorarvereinbarung

zwischen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

und der Praxis *hand über kopf*.

vollständige Adresse lautet: _____

Telefonverbindung und E- Mail lautet: _____

Für die Durchführung therapeutischer Leistungen wurde mir eine gültige Preis- und Leistungsübersicht vorgelegt oder anderweitige Absprachen getroffen. Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Dieser Gem. § 614 BGB ist die Vergütung, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Erstattungsstellen, spätestens 14 Tage nach Rechnungseingang fällig. Dieses Formular verbleibt in den Akten des Leistungserbringers, kann jedoch als Zweitschrift an Sie ausgehändigt werden.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen erhalten und verstanden haben und diesen zustimmen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Stempel und Unterschrift Praxis *hand über kopf*

HAND
ÜBER
KOPF

Patienteninformation - Honorarvereinbarung