



# Anmeldeformular

Privatpraxis für individuelle Prävention & Stressmedizin Sabine Barz

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. berufl.: \_\_\_\_\_

Mobil-Tel.: \_\_\_\_\_

- Meine Laborbefunde/Arztberichte habe ich beigelegt
- Meine Laborbefunde/Arztberichte habe ich angefordert / gehen Ihrer Praxis gesondert zu
- Ich habe keine relevanten Laborbefunde/Arztberichte

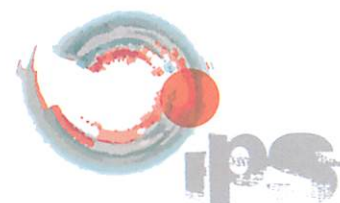
Ihre Nachricht an uns: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Behandlungsvertrag

## Erklärung zur Abrechnung nach GOÄ



Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte, wobei einige spezielle diagnostische und therapeutische Leistungen, die auf besonderen Erfahrungen und Fertigkeiten basieren und nicht in der GOÄ aufgeführt sind, analog bewertet und abgerechnet werden müssen.

Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherungen u.a. aufgrund der Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden.

Fehlende Versicherungen und Unterversicherungen, sowie beihilferechtliche Vorschriften oder Einschränkungen sind nicht Gegenstand dieses Behandlungsvertrages und erlauben keine Kürzungen unserer Liquidation, die sich ohne gesonderte Verabredung nach dem 1,8-3,5-fachen Gebührensatz berechnet.

Eine Erstattung der Behandlungskosten (auch Fremdkosten wie z.B. Laborkosten, Medikamente, die zum Teil nicht wissenschaftlich anerkannt sind und Sachkosten) ist somit möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Bei der Behandlung wird dem OFF-LABEL-USE von Medikamenten, Hormonen und orthomolekularen Präparaten zugestimmt.

OFF LABEL bedeutet, dass ein Medikament-Wirkstoff außerhalb seiner arzneirechtlichen Zulassung eingesetzt wird - dies betrifft vor allem Aspekte der Zulassung wie Anwendungsgebiete, Darreichungsformen, Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Behandlungsdauer.

Da es sich in meiner Praxis um eine reine Terminpraxis handelt werden Gesprächstermine, die nicht 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, in Gänze in Rechnung gestellt, d.h. bei einem halbstündigen Termin mit 76,06 Euro, bei einem einstündigen Termin mit 157,38 Euro. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit diesem Verfahren einverstanden.

Der Klient stimmt hiermit obigem Behandlungsvertrag in allen Punkten zu. Zudem erlaubt er, dass nach Paragraph 73 Abs1 Satz 1 SGB V die Ärztin die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und -befunde beim Hausarzt oder anderen Leistungserbringern anfordern und/oder an diese weitergeben darf.

Die Gebührenordnung für Ärzte liegt zur Einsicht bereit.

Der Behandlungsvertrag ist zustande gekommen, wenn die ausgefüllte Anamnese, der Behandlungsvertrag und das Einverständnis für unsere private Abrechnungsstelle dgpar 1 Woche vor dem vereinbarten Termin vorliegt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Praxisstempel**

**Sabine Barz**

Privatpraxis für individuelle  
Prävention & Stressmedizin  
Master of Science Preventive Medicine Msc.  
Wachtstr. 17-24 · 28195 Bremen  
Tel. 0421/1789685 · Fax 0421/1789686

**Anmeldung für Patienten**

<u>Patient/In:</u>		
Name	Vorname	Geburtsdatum

<u>Zahlungspflichtige/r bzw. Rechnungsempfänger/In:</u>		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Krankenversicherung/Kostenträger	Beihilfe ja/nein	Tarif
Email	Mobiltelefon	Telefon

**Schweigepflichtentbindung und Einwilligung**

Sehr geehrte PatientIn, sehr geehrter Patient,

Ich habe die Abrechnung meiner privatärztlich erbrachten Leistungen an die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung –dgpar GmbH übertragen. Sie werden von dieser Gesellschaft meine Liquidation erhalten. Die Gesellschaft wird nach meinen Weisungen tätig und alle Mitarbeiter unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und sind insbesondere auf das Datengeheimnis (§5 BDSG) verpflichtet.

Sie erklären hiermit Ihr Einverständnis, alle notwendigen Daten (Anschrift, Geburtsdatum, Rechnungsempfänger, Kostenträger, Diagnosen etc.) zur Abtretung, Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen an o. g. Unternehmen freizugeben. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß §33 BDSG.

Hiermit entbinde ich meinen Arzt/meine Ärztin, sowie alle weiteren in der Praxis tätigen Ärzte, die mich behandeln, von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung erforderlich ist, und willige sowohl in die Abtretung an, als auch in die Abrechnung über o.g. Unternehmen ein.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte/r)